

L'ODONTOLOGIE

PF92

29e année. Vol. XLI

N° 1. 15 JANVIER 1909.

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE, ÉCOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS, SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
A. BLATTER,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe

Téléphone 223.04

ABONNEMENT :

FRANCE............ **10 fr.** | UNION POSTALE...... **12 fr.**

Ce Numéro exceptionnel : 2 francs.

Groupement professionnel de l'École Dentaire de Paris
et de l'Association générale des Dentistes de France

DÉCLARATION DE PRINCIPES[1]

1° L'odontologie est une science autonome. Elle doit cette autonomie aux conditions historiques de son évolution et au degré de développement auquel elle est parvenue actuellement.

L'art dentaire moderne exige des connaissances techniques diverses; il nécessite notamment des manœuvres complexes empruntées pour le plus grand nombre aux arts mécaniques et qui font de la profession de dentiste une profession spéciale distincte de celle de médecin.

2° L'enseignement professionnel du dentiste ne peut être donné complètement que dans les Ecoles dentaires spécialement organisées dans ce but.

Cet enseignement doit avoir actuellement une durée minimum de quatre ans et comprendre une instruction scientifique et médicale, ainsi qu'une instruction technique et manuelle, la durée de cette dernière devant prédominer.

3° Dans les services publics (hôpitaux, dispensaires, écoles, usines, casernes, etc.) l'art dentaire doit être exercé par un praticien pourvu d'un titre dentaire justifiant d'une instruction professionnelle complète.

4° Les odontologistes acceptent :

A) Au point de vue légal, la loi du 30 novembre 1892, qui a créé le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste ;

B) Au point de vue de l'enseignement, les Écoles dentaires libres patronnées par des Associations professionnelles ;

C) Au point de vue corporatif, les Associations, Congrès ou Groupements divers dans lesquels le principe d'autonomie de la profession est respecté et qui réprouvent toute réclame ;

D) Au point de vue social, le devoir de mettre gratuitement leur savoir professionnel à la disposition des classes pauvres, comme doivent le faire ceux qui exercent les diverses professions libérales.

5° Les odontologistes estiment que le docteur en médecine sans études spéciales complètes dans une Ecole dentaire n'est nullement préparé à l'exercice de l'art dentaire.

6° Les odontologistes émettent le vœu [2] :

A) Qu'il soit créé un doctorat scientifique d'Université pour l'art dentaire, dit doctorat en odontologie, analogue au doctorat ès pharmacie, accessible seulement à ceux qui possèdent le diplôme de chirurgien-dentiste ;

B) Que des dispositions transitoires soient établies pour permettre aux chirurgiens-dentistes actuels d'obtenir le nouveau diplôme, dispositions analogues à celles qui ont été accordées aux officiers de santé pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

La déclaration ci-dessus résume dans son ensemble la conception de la profession dentaire telle que la comprennent les dentistes dits ODONTOLOGISTES, par opposition à la conception admise par les dentistes dits STOMATOLOGISTES.

---

1. Adoptée le 8 avril 1902 par l'assemblée générale du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris (Association générale des dentistes de France, Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et Société d'Odontologie de Paris).

2. Adopté le 19 mars 1904 par l'Association générale des dentistes de France et le 9 avril 1904 par la Fédération dentaire nationale.

PREMIÈRE PARTIE

29e ANNÉE. N° 1 15 JANVIER 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

BULLETIN

LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

TRENTE ANS D'ÉVOLUTION PROFESSIONNELLE 1879-1909

Déclaration des bureaux du Groupement professionnel de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

Le Ministre de l'Instruction publique vient de promulguer le décret approuvé par le Conseil supérieur de l'Instruction publique dans sa session de décembre relatif aux modifications apportées aux conditions d'études et d'examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste en France.

Ces modifications sont des plus importantes et marquent une étape nouvelle dans l'évolution de la profession dentaire. Notre Groupement, ainsi qu'on le verra par l'historique ci-après, a joué un rôle considérable dans l'élaboration de cette réforme. Aussi, aujourd'hui qu'elle est enfin réalisée, nous nous en réjouissons et nous nous en félicitons.

Depuis trente années nous sommes sur la brèche. Nous avons fondé, développé le Groupement le plus important de la profession. Successivement nous en avons fait naître une Ecole, un Dispensaire, un Journal, une Société scientifique, une Chambre syndicale, une Caisse de prévoyance, toutes ces œuvres en pleine prospérité. Rien de ce qui touche la profession ne nous a laissés inattentifs.

En face de l'indifférence ou de l'hostilité des pouvoirs, de l'hésitation de la Faculté de médecine, des projets insuffisants ou dangereux, nous avons dressé notre doctrine odon-

tologique et produit les projets qui en assuraient le triomphe.

Nous sommes parvenus à faire pénétrer le chirurgien-dentiste dans l'Assistance publique, dans l'Armée, dans les Ecoles. En même temps, nous ne laissions passer aucune tentative, aucun projet de nos adversaires les stomatologistes sans les démasquer et les combattre. Seuls, ceux qui ont suivi toute cette lutte savent quelle tenace énergie il a fallu déployer pour n'y être pas vaincus.

Nous avons, grâce à la Fédération dentaire nationale, qui est bien notre œuvre, groupé en des Congrès annuels la partie la plus importante, la plus active de notre profession. Nous avons trouvé là, dans nos confrères des autres Ecoles dentaires et de la plupart des autres Groupements, une précieuse collaboration, un dévouement aux intérêts de la profession auxquels nous rendons hommage.

Au Congrès de 1900 (3e Congrès dentaire international qui fut un si grand succès), nous avons contribué à la création de cette Fédération dentaire internationale, qui groupe, pour la défense des intérêts universels de notre profession et les progrès scientifiques de notre art, les délégués des plus importantes Sociétés et Ecoles dentaires du monde. Vous savez quelle place honorée la France y a toujours occupée. Vous savez quelle influence les décisions de sa Commission d'enseignement ont eue sur la réalisation des réformes actuelles.

Nous avons conscience, dans le cours de ces 30 années, d'avoir fait faire à la science et à l'art dentaires un grand pas ; d'avoir contribué grandement à obtenir des réformes qui vont transformer notre profession et dont tous ses membres bénéficieront ; d'avoir fait enfin tout ce qui était en notre pouvoir pour donner à cette profession une place toujours plus élevée dans l'estime de tous.

Nous avons conscience de n'avoir jamais obéi qu'au bel élan qui, il y a trente ans, enthousiasmait la jeunesse confiante des fondateurs de nos œuvres pour la fraternité professionnelle, la culture intellectuelle et scientifique, la philanthropie, la haute dignité de notre profession.

Allons-nous, désormais, satisfaits des résultats obtenus, nous reposer sur ces succès, et nos confrères vont-ils se désintéresser de l'avenir ?

Ce serait là commettre une bien grave imprudence. Une expérience constante nous apprend que l'intervention des pouvoirs publics n'est vraiment effective que si les intéressés y collaborent activement. Les réformes importantes qui vont être promulguées ne produiront leur plein effet que si toute la profession veille à leur application. Il importe donc, à ce point de vue, de rester très étroitement unis, plus encore que dans le passé.

La situation qui nous est faite aujourd'hui rend nos efforts plus faciles. Les résultats obtenus nous sont un encouragement précieux. Nous savons comment nous avons pu obtenir les améliorations actuelles. Les mêmes moyens nous conduiront aux mêmes succès : la ténacité dans l'effort, et surtout l'union étroite et fraternelle.

Nous serions tentés de dire à la profession tout entière, à tous les dentistes soucieux de défendre à la fois leur situation matérielle et l'avenir de leur profession, à tous ceux qui souhaitent la réalisation de tous les progrès : « L'heure est venue de laisser là nos querelles, nos dissentiments, nos discordes : nous avons en nos mains l'avenir de notre profession ; nous sommes à une heure décisive de son histoire, unissons nos efforts et notre triomphe sera définitif : « union et progrès » reste notre devise !

LES MEMBRES DES BUREAUX

De la Commission exécutive du Groupement de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, de l'Association générale des dentistes de France, de la Société d'Odontologie de Paris, le Comité de rédaction du Journal l'Odontologie :

J. d'Argent, Barrié, Blatter, Bioux, Choquet, H. Dreyfus, G. Fouques, Francis Jean, Frey, Ch. Godon, Lalement (de Paris), Lemaire, L. Lemerle, Miégeville, Pont (de Lyon), M. Roy, G. Robin, Touchard, G. Viau, G. Villain.

HISTORIQUE
DE LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

Le 12 décembre 1903 les délégués de l'École dentaire de Paris, MM. Godon, Martinier, Roy, Sauvez, Papot, furent reçus en audience spéciale par M. Liard, recteur de l'Académie de Paris. Ils exposèrent au recteur les diverses critiques que soulevait le régime institué par les décrets de 1893-1894, relatifs aux études et aux examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste et les réformes qu'il y aurait lieu d'y apporter.

A la suite de cette entrevue un rapport fut adressé le 28 janvier 1904 au recteur de l'Académie de Paris, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, par le président-directeur, M. Godon.

Le recteur répondit par la lettre suivante, le 29 février 1904 :

« J'ai lu avec un vif intérêt le rapport que vous m'avez adressé sur la réforme à apporter aux conditions d'enseignement et d'examen des chirurgiens-dentistes et, d'une manière générale, sur la situation faite aux Ecoles dentaires.

» J'ai l'honneur de vous informer que j'ai transmis ce document avec ses annexes à M. le Ministre de l'Instruction publique en le priant de mettre à l'étude les questions qu'il soulève. »

Le 24 juin 1904, le président-directeur de l'Ecole, M. Godon, fut convoqué devant la Commission de médecine et de pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement public.

Il fut chargé de dresser un projet de programme de l'examen de validation, qui fut adopté par le Conseil de direction de l'Ecole le 14 octobre 1904 et adressé au Ministre.

Le principe des réformes était adopté et les décrets allaient être préparés lorsque survint la mort du Président du Comité de médecine et de pharmacie, M. Brouardel; puis fut nommée la grande Commission ministérielle de réforme des études médicales.

C'est l'époque du rapport du professeur Lannelongue, qui contenait la plupart des réformes inscrites dans le projet actuel avec certaines autres qui soulevèrent les critiques du Conseil de l'Ecole. Des entrevues eurent lieu en février et mars 1907, desquelles il résulta un projet que le Conseil de direction accepta.

Mais à ce moment tout fut remis en question par suite de l'intervention des délégués des stomatologistes qui demandèrent que le projet fût renvoyé à la Commission de réforme des études médicales. C'est alors que les deux bureaux du Groupement — Ecole et Association — décidèrent de former une Commission de réforme des études dentaires qui aboutit au rapport Roy-Villain, dont les conclusions furent successivement adoptées le 9 novembre 1907 et 28 mars 1908 par les assemblées générales de l'Ecole dentaire de Paris, de l'Association générale des Dentistes de France et par la Fédération dentaire nationale et

toutes les sociétés adhérentes (Voir *Odontologie* du 15 avril 1908). D'un autre côté, les discussions de la grande Commission de réforme des études médicales aboutirent au projet Lannelongue (Voir *Odontologie* du 15 mars 1907).

Le Comité de médecine et de pharmacie reprit alors, au mois de juin 1908, l'examen des projets de décrets, laissés en suspens, qu'il termina à sa session de novembre. Quoique ces projets de décrets ne nous donnassent pas satisfaction sur tous les points, ils contenaient cependant la plupart des revendications inscrites dans le rapport de 1904 et dans le rapport Roy-Villain de 1907 ; aussi le Conseil de direction de l'Ecole s'empressa-t-il, pour ne pas en retarder encore une fois la réalisation, de les approuver par un ordre du jour qui fut adopté ensuite par le Conseil de l'Association et la Fédération dentaire nationale en novembre 1908.

Le projet de décret fut successivement approuvé par la Commission permanente et par le Conseil supérieur de l'Instruction publique à sa session de décembre et le décret a été signé le 11 janvier 1909 et promulgué à l'*Officiel* le lendemain 12 janvier.

RAPPORT

DU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 11 janvier 1909.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous soumettre un décret portant réorganisation des études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

Je ne saurais mieux faire, pour vous en exposer les motifs, que de placer sous vos yeux le rapport présenté au Conseil supérieur de l'Instruction publique par M. Guignard, directeur de l'école supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, membre de l'académie des sciences :

« La loi sur l'exercice de la médecine du 30 novembre 1892 et les décrets complémentaires des 25 juillet et 30 novembre 1893 ont réglementé les conditions d'études et d'exercice de la profession de dentiste.

» Toute personne qui veut exercer l'art dentaire en France doit être pourvue du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste.

» Les conditions pour l'obtention de ce diplôme sont actuellement les suivantes :

» 1° Posséder, soit le grade de bachelier, soit le certificat d'études primaires supérieures, soit le certificat d'études secondaires prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893 ;

» 2° Avoir fait, dans une Faculté de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, ou dans une Ecole dentaire reconnue, trois années d'études régulières ;

» 3° Avoir subi avec succès trois examens spéciaux devant une Faculté de médecine.

» L'application de ce régime d'études ne tarda pas à montrer que ni l'accès de la profession, ni l'organisation de la scolarité, ni les conditions dans lesquelles les examens étaient subis ne présentaient toutes les garanties désirables.

» D'autre part, les progrès accomplis par l'art dentaire, aussi bien au point de vue scientifique que dans le domaine de la pratique, auraient suffi, à eux seuls, pour justifier une réforme nouvelle dans la préparation au diplôme de chirurgien-dentiste.

» Le Comité consultatif de l'enseignement public, saisi de la question en 1904, émit les avis de principe suivants :

» 1° Exiger des candidats, à défaut du diplôme de bachelier ou du certificat d'études primaires supérieures, un titre présentant plus de

garanties que le certificat d'études délivré à la suite de l'examen par trop insuffisant mentionné dans les décrets du 30 juillet 1886 et du 25 juillet 1893 ;

» 2° Imposer aux candidats, avant la scolarité, un stage de deux ans, qui devrait être validé par un examen spécial ;

» 3° Maintenir la scolarité de trois années, avec trois examens probatoires, mais en réorganisant surtout le 3e examen ;

» 4° Autoriser les Ecoles dentaires à produire leurs programmes d'enseignement devant les Facultés au moment des examens probatoires ;

» 5° Faire subir le 3e examen, soit dans les Facultés ou Ecoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans les Ecoles dentaires libres, si toutefois il devenait possible, grâce à des mesures administratives spéciales, de rattacher ces Ecoles aux services hospitaliers de l'assistance publique. »

Dans les hôpitaux de Paris, en effet, l'installation des services dentaires n'est pas comparable à celle des Ecoles dentaires libres. Or, on ne pourrait songer à une organisation de ces services dans les Facultés de médecine, le Parlement ayant toujours refusé les crédits nécessaires. S'il existe un enseignement dentaire dans les Universités de Bordeaux, Lille et Nancy, c'est que ces Universités l'ont organisé sur leurs budgets propres. Il fallait donc à Paris en particulier, trouver un moyen de rattacher les écoles libres à l'administration de l'assistance publique, de façon à pouvoir faire subir chez elles les épreuves cliniques et pratiques du troisième examen.

C'est seulement en 1906 que, en vertu d'une délibération du Conseil municipal de Paris deux Ecoles dentaires déclarées d'utilité publique purent être assimilées aux Dispensaires de l'assistance publique.

La question se trouvait donc résolue et bientôt après, M. Lannelongue était chargé de faire au Comité consultatif un rapport sur l'ensemble de la réforme des études dentaires.

Mais ce rapport ayant été présenté au moment même où allaient s'ouvrir les travaux de la Commission de réforme des études médicales, le Comité consultatif crut devoir surseoir à son examen.

Si, dans le sein de la Commission de réforme des études médicales, les membres de cette Commission ont été d'avis que l'enseignement de l'art dentaire devrait être logiquement une partie intégrante de l'enseignement des Facultés de médecine ; si beaucoup estiment qu'il faudrait exiger de tous les dentistes le diplôme de docteur en médecine, il ne faut pas oublier, avant tout, que les Ecoles dentaires tiennent leur existence de la loi de 1875 sur la liberté de l'enseignement supérieur, et qu'une nouvelle loi pourrait seule leur retirer leurs prérogatives.

Par conséquent, dans l'état actuel des choses, la seule méthode rationnelle consiste à renforcer les études dentaires et à entourer l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste de toutes les garanties que l'expérience a pu suggérer. D'ailleurs, élever le niveau des études, n'est-ce pas franchir une nouvelle étape et diminuer la distance qui sépare les deux diplômes ?

Tels sont les faits ou considérations qui ont conduit à l'élaboration du projet soumis aujourd'hui à votre examen. Votre Commission ne lui a fait subir que de légères modifications.

Le projet comporte cinq années d'études, dont deux pour le stage et trois pour la scolarité.

I. — Stage.

S'il importe de ne pas rendre trop difficile l'accès de la carrière de dentiste, on doit être également soucieux d'exiger des candidats un savoir capable d'en élever le niveau scientifique et moral, en même temps que de faire cesser le discrédit qui a plus ou moins justement pesé jusqu'ici sur la profession de dentiste On a donc pensé qu'il fallait exiger des candidats, soit le diplôme de b chelier, soit le certificat d'études primaires supérieures, soit le brevet supérieur de l'enseignement primaire. On ne saurait non plus, à notre époque, exclure les femmes de l'exercice d'une profession qui est tout à fait à leur portée et conforme à nos mœurs. Elles pourront présenter le diplôme de fin d'études secondaires de jeunes filles.

La question du stage en lui-même était l'une des plus difficiles à résoudre. Quel sera son objet ? Où doit-il être fait ? Comment s'assurera-t-on qu'il est réellement et convenablement accompli ?

Pour arriver à donner aux dentistes la dextérité et l'habileté opératoires qui leur sont nécessaires, le stage doit comprendre d'abord un travail manuel technique dans un laboratoire spécialement outillé. Il est indispensable que les élèves apprennent à faire l'examen d'une bouche ou d'une dent, qu'ils s'exercent aux manœuvres d'extraction, de redressement et de dentisterie opératoire, qu'ils s'accoutument à l'emploi des anesthésiques et à l'auscultation du cœur, toutes connaissances qui ne peuvent s'acquérir que dans des salles de consultation ou dans le cabinet d'un dentiste ayant un laboratoire.

Or, les hôpitaux de Paris ne possèdent, comme nous l'avons fait remarquer, aucun laboratoire suffisamment outillé, bien qu'ils aient un personnel de dentistes et de stomatologistes de premier ordre composé de docteurs en médecine.

Les Ecoles dentaires seules, ainsi qu'un certain nombre de chirurgiens-dentistes diplômés de Paris et des grandes villes de province, en particulier de celles qui sont le siège d'une Université peuvent

offrir les laboratoires nécessaires à la plupart des besoins du stage. Il serait donc difficile de frapper à d'autres portes que celles-là, et encore est-il nécessaire que l'autorisation de recevoir des stagiaires soit donnée par le recteur, après avis des Facultés ou Ecoles de médecine.

Si le stage est fait dans le laboratoire d'un docteur en médecine ou d'un chirurgien-dentiste diplômé, ceux-ci devront résider au chef-lieu académique. En outre, pour assurer plus efficacement l'enseignement donné pendant le stage, le projet stipule qu'ils ne pourront recevoir chacun plus de trois stagiaires.

Il est institué un examen de validation de stage, comprenant des connaissances générales sur la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie appliquées à l'art dentaire. Cet examen portera en outre sur la dentisterie proprement dite, c'est-à-dire sur tout ce qui touche au moulage, à la prise d'empreintes, aux appareils de redressement, aux extractions dentaires et au maniement des substances métalliques servant à la prothèse. Cette dernière exigeant une préparation plus longue que la durée du stage, ne sera l'objet d'épreuves que dans les examens de scolarité.

II. — Scolarité et examens.

L'organisation de la scolarité ne présentait pas les mêmes difficultés que le stage, et nous ne croyons pas utile d'entrer dans le détail des programmes de chacune des trois années dont elle se compose. Remarquons seulement que les travaux pratiques y trouvent une large place.

En ce qui concerne les examens, une réforme essentielle a été apportée au régime actuel. Au lieu de subir les trois examens à la fin des études, les candidats devront se présenter au premier examen à la fin de la première année, et au second examen à la fin de la deuxième année, le troisième examen étant un examen de couronnement d'études, présentant une importance particulière.

Il est scindé en deux parties :

1° *Epreuve clinique.* — Elle aura lieu dans une consultation d'hôpital, ou dans une consultation d'école dentaire et consistera en une épreuve de diagnostic, de clinique et d'indications thérapeutiques. Mais, en même temps, le jury devra faire une revision des connaissances des candidats au point de vue de l'hygiène de la bouche, de l'anesthésie et des maladies des dents.

2° *Epreuve pratique.* — Cette partie de l'examen portera exclusivement sur la dentisterie opératoire et la prothèse dentaire, en comprenant la partie mécanique de ces interventions et notamment la fabrication d'un appareil de prothèse.

C'est au sujet du lieu où doit être passé le troisième examen que

votre Commission a modifié le texte du projet qu'elle avait à examiner.

L'article 15 stipulait qu'à Paris cet examen peut être subi dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique et assimilés aux dispensaires de l'administration générale de l'assistance publique. Il laissait de côté les Ecoles dentaires de province qui pourraient se trouver dans les mêmes conditions. La rédaction en a donc été changée de façon à ce que l'examen puisse également avoir lieu dans ces écoles, si elles se trouvent, comme celles de Paris dont il a été question, rattachées à une administration publique d'assistance.

Enfin, il a paru rationnel et équitable d'accorder un avantage mérité, mais nullement un privilège, aux étudiants en médecine ayant achevé les trois premières années de scolarité médicale. Ils seront dispensés du premier examen de la scolarité dentaire, mais à condition de justifier des deux années de stage réglementaire.

« Tel est, dans ses grandes lignes, le nouveau régime des études dentaires soumis à l'examen du Conseil supérieur. Il est permis de dire que, tout en laissant le champ libre aux aspirations des médecins, il aura pour conséquence d'élever le niveau de la profession de chirurgien-dentiste, et en même temps de répondre, d'une façon plus efficace, aux besoins de la santé publique. »

Je n'ajoute rien à ce rapport qui explique en détail la réforme qui fait l'objet du décret soumis à votre signature. Les conclusions en ont été adoptées par le Conseil supérieur de l'Instruction publique et rien ne s'oppose plus à ce que l'enseignement institué en vue du diplôme de chirurgien-dentiste reçoive enfin des modifications et des compléments dont il est permis d'attendre les plus heureux résultats.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

GASTON DOUMERGUE.

DÉCRET

RÉGLEMENTANT LES ÉTUDES DENTAIRES.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu l'article 2 de la loi du 30 novembre 1892 ;

Vu la loi du 12 juillet 1875 ;

Vu la loi du 18 mars 1880 ;

Vu la loi du 10 juillet 1896 ;

Vu les décrets des 25 juillet 1893, 14 février et 31 décembre 1894 ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste durent cinq années, savoir :

Deux années de stage ;

Trois années de scolarité.

Le stage et la scolarité sont accomplis soit dans les Facultés et Ecoles de médecine où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément aux prescriptions du décret du 31 décembre 1894.

Les docteurs en médecine et les chirurgiens-dentistes, diplômés d'une Faculté de médecine française, qui dirigent un laboratoire de prothèse dentaire, situé au chef-lieu académique, pourront, sur leur demande et après avis de la Faculté ou Ecole, être autorisés par le Recteur à recevoir des stagiaires.

En aucun cas, ils ne seront autorisés à recevoir chacun plus de trois stagiaires.

Art. 2. — Le stage est constaté au moyen d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il n'a seize ans accomplis et s'il ne produit, soit le diplôme de bachelier, soit le brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Le diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles est admis pour l'inscription au stage.

Art. 3. — Les inscriptions de stage sont reçues au secrétariat de la Faculté ou de l'Ecole de médecine.

Il est remis à chaque stagiaire une expédition de son inscription mentionnant ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Art. 4. — L'inscription doit être renouvelée pour la deuxième année au mois de juillet.

Elle n'est renouvelée que sur la production d'un certificat de présence délivré par le doyen de la Faculté, ou par le directeur de l'Ecole, ou par le directeur du laboratoire auquel le stagiaire est attaché.

Si le stagiaire, sans sortir du chef-lieu académique où il a pris son inscription, passe d'un laboratoire de prothèse dentaire dans un autre, il est tenu de produire, pour le renouvellement de son inscription, outre un nouveau certificat de présence, des certificats délivrés par les directeurs de laboratoire chez lesquels il a travaillé depuis la précédente inscription.

Il est fait mention de ces pièces sur le registre et sur l'extrait d'inscription.

Quand un stagiaire change de chef-lieu académique, il est tenu de se faire inscrire de nouveau, dans le délai de quinzaine, dans sa nouvelle académie, en produisant un extrait de ses précédentes inscriptions, constatant les périodes de stage qu'il a régulièrement accomplies jusqu'au jour de son départ.

Toute période de stage qui n'a pas été constatée, conformément aux dispositions qui précèdent, est considérée comme nulle.

Art. 5. — Aucune dispense de stage ne sera accordée.

Art. 6. — Les stagiaires qui justifient de deux années régulières de stage subissent un examen de validation devant un jury nommé par le Recteur et composé de deux docteurs en médecine ou chirurgiens-dentistes exerçant l'art dentaire, et d'un professeur ou d'un agrégé d'une Faculté de médecine, président.

Les sessions d'examen ont lieu deux fois par an, en juillet et en novembre, dans les Facultés ou Ecoles de médecine.

Les candidats déposent leurs certificats de stage en se faisant inscrire pour l'examen.

Art. 7. — L'examen de validation comprend :

1° L'exécution d'un dessin reproduisant schématiquement la forme extérieure et l'anatomie interne d'une ou plusieures dents ;

2° Une épreuve pratique de modelage (reproduction en cire, plâtre, bois ou ivoire, d'une dent ou de plusieurs dents) ou de moulage d'une empreinte de la bouche ;

3° Une épreuve pratique de prothèse dentaire : exécution d'un appareil comprenant au moins une partie métallique estampée et soudée ;

4° Des interrogations sur la physique, la mécanique, la chimie et la métallurgie appliquées à l'art dentaire, d'après un programme fixé par arrêté ministériel.

Il est accordé deux heures pour le dessin, quatre heures pour la

deuxième épreuve, modelage ou moulage ; huit heures pour l'épreuve pratique de prothèse.

L'ensemble des interrogations dure une demi-heure pour chaque candidat.

Art. 8. — La valeur de chaque épreuve est exprimée par l'une des notes ci-après :

Très bien, bien, assez bien, médiocre, mal.

Est ajourné à la session suivante, après délibération du jury, tout candidat qui a mérité soit deux notes *médiocre*, soit la note *mal*.

Aucun candidat ne peut se présenter à l'examen de validation devant deux Facultés différentes pendant la même session. Le candidat devra déclarer par écrit, au moment de subir l'examen, qu'il ne s'est pas déjà présenté dans la session. En cas d'infraction à cette disposition, l'article 33 du décret du 21 juillet 1897 sera appliqué au délinquant.

Art. 9. — Pendant les trois années de scolarité, les aspirants prennent douze inscriptions trimestrielles. La première inscription doit être prise au trimestre de novembre sur la production du certificat d'examen de validation de stage.

Art. 10. — L'enseignement comprend, en première, en deuxième, et en troisième année, les matières suivantes :

Première année.

Eléments d'anatomie, de physiologie, de bactériologie.

Asepsie et antisepsie.

Anatomie complète des dents, de leur développement et de leurs connexions avec les maxillaires.

L'enseignement de première année est complété par des travaux pratiques de dentisterie opératoire et de prothèse.

Deuxième année.

Eléments de séméiologie médicale et auscultation du cœur.

Odontologie ; hygiène de la bouche.

L'enseignement de deuxième année est complété par des travaux pratiques : cliniques dentaires et travaux de laboratoire.

Troisième année.

Cliniques dentaires ; dentisterie opératoire. Prothèse.

Art. 11. — Les examens qui déterminent la collation du grade de chirurgien-dentiste sont au nombre de trois.

Le premier est subi à la fin de la première année d'études, après la quatrième et avant la cinquième inscription trimestrielle. Il porte sur les matières enseignées en première année.

Le deuxième est subi à la fin de la deuxième année, après la huitième et avant la neuvième inscription. Il porte sur les matières enseignées en deuxième année.

Le premier et le deuxième examens restent des examens théoriques.

Le troisième est subi à la fin de la troisième année, après la douzième inscription.

Il se subdivise en deux parties comportant les épreuves ci-après :

Première partie.

Clinique des affections dentaires.

(Revision des connaissances des candidats en ce qui touche l'hygiène de la bouche et les anesthésiques.)

Deuxième partie.

Epreuve pratique de dentisterie opératoire.

Epreuve pratique de prothèse dentaire exécutée au laboratoire.

La durée de ces deux épreuves est fixée par le jury.

Le bénéfice de l'épreuve subie avec succès reste acquis au candidat.

Art. 12. — Les sessions d'examens ont lieu deux fois par an : à la fin et au commencement de l'année scolaire.

Elles ont lieu au siège des Facultés et Ecoles de médecine des académies où l'enseignement dentaire est organisé, soit dans des établissements de l'Etat, soit dans des établissements libres d'enseignement supérieur dentaire constitués conformément au 31 décembre 1894.

Le jury est composé de trois membres. Peuvent faire partie du jury, des docteurs en médecine exerçant l'art dentaire et des chirurgiens-dentistes désignés par le Ministre de l'Instruction publique. Le jury est présidé par un professeur ou un agrégé de la Faculté de médecine.

Art. 13. — Les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire sont tenus de transmettre, à la veille de chaque session d'examens, leurs programmes d'enseignement au doyen de la Faculté ou au directeur de l'Ecole de médecine dans le ressort de laquelle ils sont placés.

Art. 14. — Les notes obtenues par les candidats soit aux travaux pratiques, soit aux interrogations, soit dans les services dentaires hospitaliers sont communiquées aux examinateurs par les soins du doyen ou directeur.

Il en est tenu compte pour le résultat de l'examen.

Art. 15. — Le troisième examen peut être subi dans les établissements libres d'enseignement supérieur dentaire reconnus d'utilité publique et assimilés aux dispensaires des Administrations publiques d'assistance.

Le jury est composé d'un professeur ou d'un agrégé de la Faculté de médecine, président, et de deux docteurs en médecine exerçant l'art dentaire, ou chirurgiens-dentistes.

Il est nommé par arrêté ministériel.

Art. 16. — Les élèves en cours d'études et ceux dont la scolarité sera terminée à la date de la promulgation du présent décret subiront les examens suivant le régime prévu par les décrets du 25 juillet 1893 et du 31 décembre 1894.

Art. 17. — Les dispositions du présent décret seront mises à exécution à partir du 1er novembre 1909.

Toutefois, du 1er juillet 1909 au 30 octobre 1911, il sera encore tenu des sessions d'examen pour l'obtention du certificat d'études prévu par le décret du 25 juillet 1893.

Art. 18. — A partir du 1er novembre 1911, les aspirants au doctorat en médecine pourvus de douze inscriptions seront admis à subir les examens en vue du diplôme de chirurgien-dentiste avec dispense totale du premier de ces examens s'ils justifient de deux années de stage accomplies dans les conditions prévues par le présent décret.

Art. 19. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

A partir du 1er novembre 1909, ils pourront obtenir dispense du stage et dispense partielle de la scolarité, après avis du Comité consultatif de l'enseignement public, s'ils justifient, soit du baccalauréat de l'enseignement secondaire, soit du brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit du certificat d'études primaires supérieures.

Art. 20. — Sont et demeurent abrogées les dispositions contraires à celles du présent décret.

Art. 21. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 11 janvier 1909.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

GASTON DOUMERGUE.

ARRÊTÉ MINISTÉRIEL

FIXANT LE PROGRAMME DE SCIENCES DE L'EXAMEN DE VALIDATION DE STAGE.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu le décret en date du 11 janvier 1909, portant réorganisation des études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Arrête ainsi qu'il suit le programme de sciences de l'examen de validation de stage imposé aux aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste.

PHYSIQUE APPLIQUÉE.

Pesanteur. Usage de la balance.

Hydrostatique. Transmission des pressions. Presse hydraulique. Usages dentaires.

Etude des gaz. Pression atmosphérique ; son rôle dans la rétention des appareils. Compressibilité et raréfaction des gaz. Appareils à air comprimé employés en art dentaire : maillet, moteur à air comprimé.

Chaleur : conductibilité. Sensation du chaud et du froid sur les obturations métalliques.

Thermométrie. Thermomètres médicaux.

Dilatation. Déformations dues à la dilatation.

Changements d'états. Mélanges réfrigérants. Froid produit par l'évaporation.

Anesthésie par réfrigération. Vulcanisateur.

Mouvement vibratoire. Inscription des vibrations ; leur emploi dans les appareils enregistreurs des mouvements physiologiques.

Optique. Notions d'optique physique. Réflexion et réfraction de la lumière. Dispersion. Diverses sortes de radiations. Appareils d'optique. Microscope.

Phosphorescence. Fluorescence. Interférences ; polarisation ; notions sur le saccharimètre.

Electricité. Sources d'électricité statique et d'électricité dynamique. Etincelle. Courant.

Galvanoplastie. Dorure des plaques et des appareils dentaires.

Chaleur développée dans les circuits électriques. Lampes et appareils de chauffage employés en art dentaire.

Déviation de l'aiguille aimantée par le courant. Appareils de mesure.

Notions de mesures électriques.

Induction. Machines dynamo-électriques. Renseignements pratiques sur la production, la distribution et l'installation des courants électriques. Appareils dentaires : lampes, bouillottes, maillets et tours électriques. Bobine de Rhumkorff. Principes de radiographie dentaire.

Chimie appliquée.

Généralités.

Exposé du programme. Corps simples et corps composés. Lois de la conservation de la matière et de l'énergie.

Lois des actions chimiques. Théorie atomique. Classification. Nomenclature. Formules chimiques.

Isomérie. Allotropie. Dissociation. Fonctions chimiques. Radicaux.

Chimie minérale.

Hydrogène. Oxygène. Ozone. Eau. Eau oxygénée : son titrage.

Azote.

Air atmosphérique. Sa composition.

Protoxyde d'azote. Acide azotique. Ammoniaque.

Soufre. Acide sulfureux. Acide sulfurique. Hydrogène sulfuré.

Chlore. Iode. Brome. Acide chlorhydrique.

Phosphore. Acide phosphorique.

Arsenic. Acide arsénieux.

Carbone. Acide carbonique. Oxyde de carbone. Sulfure de carbone.

Silice. Acide borique.

Généralités sur les métaux.

Potassium, sodium, calcium et leurs sels.

Aluminium, magnésium, zinc et leurs composés.

Etain, antimoine, bismuth.

Fer et chrome.

Plomb, cuivre, mercure.

Argent, or, platine.

Alliages, amalgames et ciments dentaires.

Notions élémentaires de chimie organique et de chimie physiologique et pathologique.

Carbures d'hydrogène. Benzine. Essence de térébenthine. Chloroforme. Iodoforme. Gaz d'éclairage.

Alcool éthylique. Ether. Bromure d'éthyle. Ether ordinaire.

Glycérine. Corps gras.

Aldéhydes. Chloral. Formol.

Phénol. Gaïacol.

Acide acétique. Acide lactique. Acide benzoïque. Acide salicylique.

Alcalis organiques. Amines. Aniline. Alcaloïdes.

Hydrates de carbone. Matières sucrées et amylacées.

Matières albuminoïdes.

Sang : composition ; coagulation.

Foie. Fonction glycogénique. Bile ; composition.

Salive. Suc gastrique. Suc pancréatique.

Urine normale. Composition : urée ; chlorures, phosphates, etc.

Urine pathologique : albumine, sucre, sang, etc.
Composition chimique des os et des dents.

Mécanique appliquée.

Du mouvement. Principes des divers modes de production du mouvement : chute d'un corps pesant, chute d'eau, compression de l'air, air chaud, vapeur d'eau, mélange détonant, électricité.

Transmission et transformation du mouvement. Organes mécaniques : poulies et courroies, engrenages, bielles et manivelles. Description du tour d'atelier et du tour à fraiser.

Equilibre des forces. Parallélogramme des forces. Théorie du levier. Applications à la théorie des appareils d'extraction, clefs, daviers, élévateurs. Applications à la théorie des appareils de redressement les plus simples.

De la masse. Théorie du marteau. Application aux fouloirs et maillets employés en art dentaire.

Transmission du travail par les machines. Petits moteurs employés en art dentaire.

Métallurgie appliquée.

Propriétés particulières des métaux : malléabilité, ductilité, ténacité, dureté, conductibilité à la chaleur. Modifications apportées à ces propriétés par le travail des métaux. Ecrouissage.

Alliages et amalgames. Modifications générales apportées par l'alliage aux propriétés des métaux constituants.

Principaux métaux et alliages employés en art dentaire.

Or. Ses usages dentaires : plaques, couronnes, obturation, or adhésif et non adhésif. Platine.

Argent. Etain. Alliages pour amalgames. Cuivres.

Mercure. Amalgames divers.

Plomb, zinc, antimoine. Métaux et alliages pour moules et porte-empreintes. Soudures.

Aluminium. Alliages d'aluminium.

Composés métalliques : oxyde de zinc. Emploi dans la confection des ciments dentaires.

Fait à Paris, le 11 janvier 1909.

Gaston Doumergue.

L'ÉVOLUTION NOUVELLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE
L'ŒUVRE DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Par Ch. Godon,

Directeur de l'École dentaire de Paris.

L'évolution nouvelle du chirurgien-dentiste mérite une étude spéciale. Les circonstances actuelles, le grand pas nouveau fait dans la voie du progrès par notre profession nous imposent également le devoir de rappeler à cette occasion ce que l'Association et l'Ecole, unies dans une même action, ont fait pour la profession dentaire.

Notre Association, à peu près la plus ancienne des sociétés actuellement existantes, la plus nombreuse, la plus active des sociétés dentaires françaises, doit à ses mérites, à ses succès, d'être aussi la plus jalousée, la plus combattue, surtout depuis quelques années.

Aussi ne saurait-on trop montrer l'importance de son activité et les résultats obtenus par l'action commune de l'Ecole et de l'Association, de ce Groupement dont toutes les branches sont issues d'une même association, mère féconde en œuvres utiles pour la profession.

Nous venons d'obtenir enfin une réforme qui est la plus importante dont notre profession ait bénéficié jusqu'à ce jour — réforme de l'enseignement dentaire à laquelle le Conseil supérieur de l'Instruction publique a donné son adhésion et qu'un décret ministériel vient de confirmer.

On sait avec quel soin notre Groupement a suivi la préparation de cette réforme, comment les membres de nos Sociétés ont été appelés à plusieurs reprises à préciser les revendications de la profession. Tout cela a été fécond, ainsi que nos critiques déjà lointaines de la loi de 1892, puisque les points essentiels de la réforme nous donnent toute satisfaction.

Nous rappelons les traits principaux de cette réforme :

1° Abolition du certificat d'études spécial pour l'entrée dans les écoles ;

2° L'âge de 16 ans accomplis exigé pour commencer les études dentaires ;

3° Cinq années d'études ;

4° Stage de deux ans validé par un examen ;

5° Examens annuels ;

6° Réforme du 3e examen : adjonction d'épreuves de prothèse et de dentisterie opératoire ;

7° Les chirurgiens-dentistes admis dans le jury du 3e examen ;

8° Choix des écoles pour les épreuves du 3e examen.

L'abolition du certificat d'études secondaires tant décrié ne laisse à l'entrée de l'enseignement dentaire que des certificats qui permettent l'accession aux autres branches de l'enseignement supérieur et qui constituent chacun des diplômes de fin d'études.

Il en résulte donc une élévation du niveau en ce qui concerne les études préliminaires, à laquelle vient s'ajouter la limite d'âge minimum fixée à 16 ans, la durée des études étant portée à 5 années. Une des conséquences sera de ne pas permettre l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste et par suite la pratique de l'anesthésie avant 21 ans, et même peut-être 23 ans à cause des deux années de service militaire.

La Commission d'enseignement de la F. D. I. avait fixé à 4 ans la durée minimum et à 5 ans la durée maximum des études dentaires. Le président de la session de Bruxelles, M. Sauvez, a émis le vœu que, pendant une période transitoire d'une certaine durée, les études fussent limitées à 4 ans. Peut-être y eût-il eu avantage à passer par cette étape, comme nous l'avions demandé d'abord, avant d'arriver aux 5 ans, afin de ne pas apporter une trop grande perturbation dans le recrutement professionnel.

Quoi qu'il en soit, les 5 ans ayant prévalu, il va falloir modifier les programmes d'enseignement en conséquence et déjà le Conseil du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris s'en est préoccupé à sa dernière réunion. Il sera possible, disposant de plus de temps, de répartir les matières de façon à donner satisfaction à ceux qui veulent le nouveau chirurgien-dentiste mieux préparé techniquement, aussi bien qu'à ceux qui le souhaitent plus instruit scientifiquement et médicalement. Le nouveau stage de deux ans consacré à la prothèse et terminé par un examen de validation, et l'adjonction au 3e examen de deux épreuves pratiques, l'une de dentisterie opératoire et l'autre de prothèse dentaire, vont permettre de donner satisfaction aux premiers, en réservant ainsi dans les études odontologiques une place prédominante à la technique ; l'heureux rétablissement des examens annuels permettra de mieux répartir le temps des études scientifiques et médicales et de préciser les programmes. Déjà la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie, dans leurs applications à l'art dentaire, qui n'avaient jusqu'ici figuré que dans les programmes de l'Ecole dentaire de Paris, comme le dessin et le moulage, figurent dans le programme officiel du stage et forment ainsi pour l'étudiant chirurgien-dentiste une sorte de P. C. N. dentaire, ou mieux, P. C. M. (physique et prothèse, chimie, mécanique et métallur-

gie), comme nous l'avions déjà préconisé au Congrès d'Angers de l'A. F. A. S.[1].

La première année, débarrassée des sciences accessoires, pourra être entièrement réservée à l'anatomie et à la physiologie théoriques et pratiques (stage de dissection à Clamart, etc.), puisque le premier examen annuel y sera consacré ; la deuxième année devra comprendre la pathologie, la sémiologie médicale, l'auscultation, etc., matières sur lesquelles portera le deuxième examen, tandis que la troisième année sera spécialement réservée à la clinique dentaire, à la dentisterie opératoire et à la prothèse, qui constituent avec l'hygiène de la bouche et les anesthésiques, les matières des deux épreuves pratiques du troisième examen.

Il semble donc que les chirurgiens-dentistes français de la nouvelle génération qui auront satisfait à toutes les obligations de ce programme seront d'habiles opérateurs en dentisterie opératoire et en prothèse, en même temps que de savants anesthésistes, qui n'auront rien à envier à leurs confrères des Universités étrangères. Mais cette heureuse perspective ne pourra guère se réaliser avant cinq ou six ans, par suite de la période que nécessitera la première application des nouveaux décrets.

Deux autres modifications intéressantes restent à souligner : d'abord l'entrée des chirurgiens-dentistes dans les nouveaux jurys d'examens à côté des docteurs en médecine spécialisés en art dentaire et qui jusque-là avaient monopolisé sans motifs cette fonction, enfin le choix de nos écoles dentaires pour faire subir les épreuves du troisième examen.

Cette dernière décision vient confirmer et consacrer celle par laquelle M. G. Mesureur a assimilé les Dispensaires des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique aux Dispensaires de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Nous n'avons pas besoin d'insister à nouveau sur l'importance de ces mesures, qui donnent satisfaction aux desiderata si souvent exprimés dans nos pétitions.

Il apparaît aux yeux de tous que le premier résultat de ces mesures sera l'arrêt de cette augmentation inquiétante du nombre des chirurgiens-dentistes incomplètement préparés à l'exercice de la profession et voués par cela même à une condition précaire.

Tout aussi importantes pour la profession seront l'élévation intellectuelle, la culture scientifique et pratique plus complète, d'où découleront une estime, une considération que le savoir assure toujours.

---

1. L'enseignement préparatoire de l'étudiant en chirurgie dentaire considéré comme une première année d'études dans les écoles dentaires, par Ch. Godon, Congrès d'Angers de l'A. F. A. S., *Odontologie*, 1903.

Officiellement même notre situation est relevée, puisque les chirurgiens-dentistes sont désormais désignés pour faire partie des jurys d'examens dentaires.

A qui est due cette évolution ?

Si en trente années notre profession a rapidement fait cette évolution vers une culture scientifique toujours plus grande, vers un rang toujours plus élevé parmi les professions libérales, à qui le doit-on ?

Bien hautement, sans injustice pour qui que ce soit, nous pouvons répondre que le principal agent de ces transformations fut le Groupement uni et puissant de vos forces dans l'Ecole dentaire de Paris et dans l'Association générale des dentistes de France.

Nous serions injustes si nous ne signalions pas l'appui donné à ces réformes par les deux autres Ecoles dentaires de Paris et de Lyon reconnues d'utilité publique, et dans les diverses sociétés de Paris et de Province qui ont apporté dans la Fédération dentaire nationale leur contingent d'efforts à la réalisation de l'œuvre commune.

Ainsi donc depuis 30 ans ce sont les œuvres, les travaux, les interventions de notre Groupement professionnel qui ont manifesté aux yeux de nos confrères et des pouvoirs publics l'activité et la conscience de la profession dentaire française.

Nous voulions que la profession dentaire fût instruite, bienfaisante, prospère, honorée.

Nous la voulions instruite. Pour cela nous avons créé une école, dans laquelle, maîtres de nos programmes, nous pouvions avoir des exigences pratiques autres que les programmes de la Faculté, école dans laquelle nous avons organisé une première année préparatoire qui sert de modèle pour la création du nouveau stage, véritable P. C. M. dentaire, et une quatrième année dite de perfectionnement; dans cette école nous avons appelé des maîtres éminents qui ont eux-mêmes ainsi mieux connu et par conséquent mieux apprécié notre profession. Nous avons créé pour nos collègues le journal *L'Odontologie*, qui les tient au courant de toutes les questions scientifiques et pratiques qui peuvent les intéresser. Nous avons créé la Société d'Odontologie dont vous appréciez toute l'activité et toute l'influence scientifique.

En même temps nous adressions nos vœux réitérés aux pouvoirs publics pour la réforme de notre enseignement dentaire.

Nous la voulions bienfaisante. Par philanthropie, par souci de l'enseignement aussi, nous ouvrions dans notre Ecole un Dispensaire dans lequel les soins de la dentisterie complète sont assurés à un grand nombre d'indigents. Nous réussissions à étendre ces soins aux services dentaires des écoles primaires supérieures, de certains hospices et asiles et de l'armée. Nous arrivions enfin à y faire pénétrer le chirurgien-dentiste.

En même temps nous agissions auprès de l'Administration de l'As-

sistance publique et nous obtenions grâce au libéralisme de son distingué directeur les résultats que vous savez.

Nous la voulions prospère. Parmi nos œuvres, la Chambre syndicale est là, disant notre souci de la défense des intérêts professionnels. Les exigences que nous avions tenté d'introduire à l'Ecole concernant l'âge, les travaux nécessaires pour les inscriptions marquaient notre désir d'enrayer un peu la pléthore des mauvais élèves qui font les mauvais praticiens.

Nous étions convaincus d'ailleurs que, seule, une nouvelle réforme des études et des examens donnerait ce résultat et tous nos efforts ont été faits en ce sens.

Nous la voulions honorée. Etant instruite, bienfaisante et prospère, notre profession ne pouvait qu'être honorée dans un temps où science et philanthropie sont les facteurs de l'estime universelle.

Vous avez vu, dans la clientèle, le chirurgien-dentiste français cesser de paraître l'inférieur du dentiste américain et aussi du docteur en médecine.

Vous avez vu et connu les nombreux témoignages donnés à notre Ecole, à notre profession par les notabilités du monde scientifique et médical.

Vous savez que le monde politique s'est intéressé à nous et que des amitiés précieuses pour l'Ecole et la profession disent la haute estime qu'elles inspirent.

Comparez alors la situation du chirurgien-dentiste au temps de l'édit de 1768, que nous rappelait Me Ducuing récemment dans son intéressante leçon inaugurale. Il obtenait alors sa qualité *d'expert* après avoir servi pendant deux ou trois ans chez un chirurgien ou un autre expert et subi deux examens devant le collège des chirurgiens ; comparez sa situation il y a 30 ans, en 1879 lorsque fut fondé le Cercle des dentistes de Paris, berceau de nos sociétés et de nos écoles ; comparez la situation en 1892 avec sa situation aujourd'hui, avec celle surtout que va lui créer la nouvelle charte du chirurgien-dentiste et mesurez le chemin parcouru. Remarquez surtout avec quelle rapidité depuis 30 ans se sont faites les étapes vers le relèvement intellectuel et moral et jugez notre œuvre, qui est celle du chirurgien-dentiste.

Et vous constaterez avec nous, comme nous le rappelions dans notre thèse sur l'Evolution de l'art dentaire [1], que le chirurgien-dentiste moderne s'est enfin instruit, élevé et graduellement émancipé lui-même par son énergie et sa persévérance au point de prendre au foyer de la grande famille scientifique la place qui est due à son titre et à sa fonction sociale mieux appréciés, à l'art dentaire et à la science odontologique plus perfectionnés.

---

1. L'évolution de l'art dentaire : l'Ecole dentaire, son histoire, son action, son avenir, par le Dr Ch. Godon, Paris, 1901. J.-B. Baillière et fils.

ÉTUDE SUR L'INSPECTION DENTAIRE DANS LES ÉCOLES NORMALES

Par M. Maurice Roy,

Dentiste des hôpitaux, Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Dentiste inspecteur à l'Ecole normale d'instituteurs de la Seine.

Un fait d'une importance capitale pour l'hygiène publique, et par contre-coup pour les chirurgiens-dentistes, s'est produit il y a quelques mois par la création d'un service d'inspection et de traitement dentaires dans les écoles normales primaires [1].

Les chirurgiens-dentistes, qui depuis si longtemps réclamaient dans leurs Congrès et leurs Sociétés professionnelles la création de l'inspection dentaire scolaire, se sont tous vivement réjouis de cette création, première étape d'une mesure d'ordre plus générale qui ne pourra tarder maintenant à se produire. Il n'entre pas dans mes intentions de m'étendre longuement sur l'importance de la circulaire du ministre de l'Instruction publique qui a créé cette réforme, la lecture seule de cette circulaire est déjà suffisamment instructive et l'éloquent commentaire qu'est venu en donner, à la Société d'Odontologie, l'Inspecteur général de l'Instruction publique, M. Lamy, a montré de la façon la plus parfaite tout l'intérêt de cette création [2].

Un point seul retiendra mon attention, c'est celui qui concerne l'application de cette réforme, car il est incontestable que, de l'application judicieuse de cette première mesure, dépend absolument l'extension future de cette création à toutes les branches de l'enseignement; il importe donc au plus haut point que les chirurgiens-dentistes s'emploient de toutes leurs forces à assurer le bon fonctionnement d'un service pour lequel l'Etat réclame leur concours et qui est lié si intimement au développement de l'hygiène publique.

1. *Odontologie*, 15 avril 1908, p. 307.

2. La récente circulaire du ministre de l'Instruction publique sur l'hygiène de la bouche dans les écoles et les internats primaires par M. G. Lamy. *Odontologie*, 30 juin 1908, p. 531.

C'est là une nouvelle étape dans l'extension du rôle social du dentiste dans notre pays, extension qui ne peut avoir que les plus heureux résultats sur l'avenir de notre profession. Que les chirurgiens-dentistes se souviennent donc des paroles que leur disait M. Lamy en terminant la si intéressante conférence que je rappelais tout à l'heure : « Le sort de la petite réforme que nous avons instituée est entre vos mains, elle vaudra ce que vaudra le bon vouloir, le désintéressement, le zèle des dentistes soit inspecteurs, soit traitants qui seront chargés d'appliquer la circulaire du 23 mars. C'est pourquoi, en terminant, je fais appel à votre concours éclairé et cordial, persuadé que je ne l'aurai pas sollicité en vain et que, dans l'œuvre qui va nous être commune, le ministère de l'Instruction publique est assuré d'avoir l'appui de vos lumières et de votre dévouement. »

Je me propose d'examiner dans cette étude les différentes critiques dont a été l'objet la circulaire ministérielle du 23 mars, de les discuter, de voir ce qu'elles ont de fondé et d'étudier ainsi les quelques difficultés d'application qui ont pu être signalées à son sujet.

Il pourra paraître étrange dans quelques années, quand les conditions professionnelles se seront modifiées, qu'il ait pu se trouver des hommes prétendant se réclamer du progrès social et de la science pour critiquer, avec une violence peu commune, une circulaire apportant une contribution aussi importante à l'hygiène publique. Force nous est bien malheureusement de le constater ; et, si l'on en croyait la virulence des épithètes qui lui sont attribuées avec une libéralité remarquable par le rédacteur en chef de la *Revue de Stomatologie*, il faudrait penser que la circulaire qui nous occupe est certainement l'œuvre la plus néfaste qui se puisse rencontrer.

C'est ainsi que, au cours des deux articles[1] que notre

---

1. Une circulaire et un commentaire. *Revue de Stomatologie*, novembre 1908, p. 481.
Encore la circulaire. Ibid. décembre 1908, p. 529.

confrère a consacré à ce qu'il appelle cet « extraordinaire document », nous y voyons successivement que ce décret est « arbitraire et insolent » ! qu'il crée « une sorte d'anarchie médicale et de mensonge officiel » ! qu'il a fait un « choix insensé » ! que c'est une « vilaine œuvre » et « un chef-d'œuvre d'incohérence, pour ne pas dire d'ignorance ». J'en passe et des meilleurs !

Cette violence de langage du rédacteur en chef de la *Revue de Stomatologie* ne masquerait-elle pas simplement la pauvreté de ses arguments, je laisse à d'autres le soin d'apprécier. Je prendrai néanmoins les critiques qu'il veut bien formuler parmi ce bouquet d'amabilités et je les discuterai en même temps que celles qui, par quelques articles ou par des conversations avec les intéressés, ont pu venir à ma connaissance ; mais, pour discuter utilement, il me faut au préalable établir un peu d'ordre dans l'étude que je me propose de faire de la question.

La circulaire ministérielle soulève trois points différents :

1° Elle indique la nécessité et l'importance de l'hygiène dentaire au point de vue de l'hygiène générale et formule les règles des soins hygiéniques à donner à la bouche ;

2° Elle prescrit l'organisation d'un service d'inspection dentaire et d'un service de traitement dentaire ;

3° Elle indique la qualification des praticiens qui seront chargés de ces différents services.

Je me propose d'étudier successivement chacun de ces points ce qui nous permettra d'apporter un peu de clarté et de méthode dans les critiques, un peu... à bâtons rompus, que nous avons rencontrées particulièrement dans la *Revue de Stomatologie*.

*
* *

En ce qui concerne la nécessité de l'hygiène dentaire et les prescriptions hygiéniques qu'elle comporte, les critiques, il faut le reconnaître, sont inexistantes ; il faut croire que le rédacteur de la circulaire, qui, nous le verrons plus loin, est considéré par certains comme un homme ignorant des

choses professionnelles et des plus mal informés, s'était en tout cas bien documenté sur ces points qui ont peut-être quelque importance puisqu'ils sont le point de départ, l'essence même de la circulaire. M. Cruet, en effet, veut bien reconnaître, dans un de ses articles, que les considérations relatives à l'hygiène de la bouche sont « très justes » et plus loin il dit encore :

« Les soins à donner à la bouche et aux dents des enfants sont indiqués avec un luxe de détails techniques très étonnant ; et j'avoue que je serais curieux de connaître le rédacteur si bien informé de cet extraordinaire document. C'est d'ailleurs la bonne partie, la seule qui ne prête point à la critique, puisque toute la nécessité des soins à donner est reconnue et que ces soins même sont indiqués avec une suffisante précision. »

Après cette constatation de l'adversaire, le plus fougueux de la circulaire, j'aurais mauvaise grâce à insister.

*
* *

Abordons maintenant le second point de la circulaire, celui qui, de tous, est le plus important, non pas pour nos confrères stomatologistes, mais pour tous ceux qui ont à cœur la réalisation impartiale d'une réforme qui touche aux intérêts primordiaux de l'hygiène générale et du progrès social.

La circulaire organise, comme on le sait, un double service : 1° d'inspection, 2° de traitement, ces deux services étant tout à fait distincts. Je ne puis reproduire tout le passage relatif à cette organisation (Voir *Odontologie*, 15 avril 1908, p. 311), je rappellerai seulement que le dentiste inspecteur, désigné par l'administration, est chargé deux fois par an d'examiner les dents des élèves, de porter sur des fiches individuelles le résultat de son examen et de contrôler, lors des inspections ultérieures, les soins qui auront pu être donnés à chaque élève en dehors de l'établissement. Ce service est rétribué par l'école.

En ce qui concerne le traitement, les élèves sont soignés en dehors de l'école : soit dans les dispensaires

gratuits des Ecoles dentaires ; soit, à défaut d'un dentiste désigné par les parents, par un dentiste désigné par l'administration, mais qui devra être différent du dentiste inspecteur, ces deux services devant rester distincts et ne devant, en aucun cas, être réunis dans la même main. Le traitement est rétribué par l'élève d'après un tarif conventionnel approuvé à l'avance.

Cette partie de la circulaire, bien qu'elle soit la plus importante, puisqu'elle vise l'organisation pratique du service dentaire, n'a été, chose curieuse, que bien peu critiquée par les adversaires les plus acerbes, ceux-ci ont réservé toutes leurs colères, toutes leurs attaques pour le personnel chargé d'assurer les services d'inspection et de traitement, montrant ainsi tout leur désintéressement de ce qui ne concerne pas exclusivement les questions de boutique. Par contre, cette même partie de la circulaire a été l'objet de diverses critiques concernant son application pratique de la part d'un certain nombre de personnes, parmi celles approuvant hautement le principe de cette circulaire et l'organisation générale du service, qu'il s'agisse de dentistes ou de directeurs d'écoles normales. Voyons quelles sont ces critiques et quelles difficultés soulève l'application de cette circulaire.

Une première objection de principe a été faite par quelques-uns. Le fait d'imposer un contrôle, tel qu'il est prescrit par la circulaire, serait contraire à la dignité du praticien, d'autant que, dans une petite ville comptant un petit nombre de dentistes, deux par exemple, il y aurait une situation délicate dans cette sorte de subordination de l'un des praticiens à l'autre, et ce contrôle de l'un des deux par l'autre.

On a objecté, et cela avait déjà été signalé par M. l'Inspecteur général Lamy dans sa conférence, la difficulté de trouver deux titulaires pour ce double service, d'en trouver même un seul parfois, certaines écoles normales étant situées dans des villes totalement dépourvues de dentistes.

Cette pénurie de dentistes entraînerait par contre-coup un certain nombre de situations un peu anormales. C'est ainsi que, dans certaines villes n'ayant qu'un seul dentiste, l'ins-

pection et le traitement ont dû être fusionnés dans la même main.

Dans d'autres comptant deux dentistes et deux écoles normales l'une de filles, l'autre de garçons, l'un des dentistes serait inspecteur des garçons et traitant des filles et l'autre, inspecteur des filles et traitant des garçons.

Dans une autre, ce serait le médecin qui serait chargé des fonctions d'inspecteur.

Ces diverses combinaisons rendent tout naturellement l'inspection et le contrôle absolument illusoires.

Dans une autre ville enfin, le seul chirurgien-dentiste diplômé de la ville est chargé des fonctions d'inspecteur et l'autre dentiste de la ville, simple patenté non diplômé, est chargé des fonctions de dentiste-traitant par suite de la prescription qui interdit le traitement à l'inspecteur. On a fait remarquer l'illogisme de cette situation un peu particulière.

Certains critiques, acceptant le principe du dentiste-inspecteur, se sont élevés contre la désignation d'un dentiste-traitant, ils considèrent cela comme contraire au libre choix du dentiste, d'autant plus que, la famille payant les soins, elle doit avoir, disent-ils, le droit de choisir qui elle veut.

Enfin un certain nombre d'observations ont porté sur l'interdiction pour le dentiste-inspecteur de participer au traitement. Les auteurs de cette objection voudraient : les uns, que le dentiste-inspecteur soit en même temps dentiste-traitant, concentrant les deux services dans une même main ; les autres, que la plus grande liberté soit laissée aux élèves quant au traitement ; d'autres enfin, que le dentiste-inspecteur puisse assurer les soins quand il serait désigné par la famille.

Certains confrères ont fait remarquer à ce sujet qu'il ne leur était pas possible d'accepter le service de dentiste-inspecteur de l'école de leur ville, car ils s'interdiraient ainsi de soigner une partie intéressante de leur clientèle, d'autant que les jeunes gens qui forment cette clientèle particulière étaient justement plus à même que d'autres de

développer l'extension des soins de la bouche et de faire plus tard en leur faveur une propagande légitime.

J'ai tenu à consigner impartialement et aussi complètement qu'il m'a été possible toutes les critiques, soit écrites, soit verbales qui sont venues à ma connaissance. Il pourra paraître au premier abord qu'il y a parmi celles-ci des objections très sérieuses et capables de rendre difficile l'application de ce nouveau service. Nous allons montrer que, si l'on veut bien aller au fond des choses, il n'en est rien et que la plupart de ces difficultés trouvent leur solution dans un petit détail d'organisation auquel on ne paraît pas avoir songé, car je ne sache pas qu'il ait été appliqué nulle part.

Mais, pour mieux discuter, examinons d'abord la question à un point de vue général, cela me permettra déjà de répondre à un certain nombre d'objections et je reprendrai ensuite certaines de celles-ci pour les discuter plus particulièrement.

Pour ma part, je le déclare immédiatement dès le début, j'approuve absolument et sans réserve l'organisation de ce double service d'inspection et de traitement. Je considère en effet que c'est le seul procédé qui, en toute équité, puisse assurer l'exécution stricte des mesures hygiéniques nécessaires.

Il ne saurait suffire en effet que l'on s'en tienne à une organisation semblable à celle qui existe dans nombre d'internats scolaires. On sait que, dans ces établissements, lycées, collèges, ou institutions particulières, un dentiste, agréé par le directeur de l'institution, vient une fois par semaine ou par mois à la pension et que, là, il examine les enfants qui souffrent des dents et les soigne, dans quelles conditions ? je le laisse à penser et je fais appel pour cela aux souvenirs de tous ceux qui, enfants et adolescents, ont été aux prises avec ce service et ont pu se rendre compte de l'impossibilité du fonctionnement rationnel d'une semblable organisation, quelles que soient la valeur et la bonne volonté de celui qui est chargé d'en assurer le fonctionnement.

D'abord, ne viennent à la consultation que les enfants qui

le veulent bien, c'est-à-dire ceux qui souffrent... et encore, car on sait quelle dissimulation la peur du dentiste peut imposer à des enfants. Or, nous savons tous que c'est justement avant l'apparition des douleurs qu'il convient de voir les dents malades pour leur apporter le meilleur traitement, c'est-à-dire à un moment où la carie est souvent encore insoupçonnée du patient et à un moment où, seule, l'inspection minutieuse du praticien viendra permettre de la reconnaître. Il résulte donc de ces faits un premier point capital, c'est la nécessité absolue de *l'inspection bisannuelle* OBLIGATOIRE *par un dentiste de* TOUS *les élèves de l'établissement.*

En ce qui concerne le traitement, il est absolument impossible, d'une façon générale, à un praticien soucieux de donner des soins éclairés et judicieux aux enfants, de donner ces soins dans l'établissement scolaire lui-même. D'une part, une installation toujours rudimentaire comme celle qui existe dans les internats et qui peut suffire à l'inspection dentaire, ne saurait convenir à des soins aussi délicats et précis que ceux que comporte la dentisterie qui nécessite impérieusement tout l'arsenal opératoire si complexe que tous les praticiens compétents ont dans leur propre cabinet. D'autre part, ce n'est pas en une heure ou même en une matinée par semaine, qu'il est possible de soigner d'une façon complète tous les élèves ayant besoin de soins dentaires dans un internat de moyenne importance, à moins de se borner, comme cela est le cas actuellement, à l'intervention la plus radicale et la plus fâcheuse, l'extraction des dents, alors que cette opération, par suite des progrès de la dentisterie moderne, peut être réduite à un pourcentage insignifiant pour le plus grand bien des patients, tant au point de vue de l'hygiène qu'au point de vue esthétique. Pour ces diverses raisons, *il est donc indispensable que le service de traitement se fasse* HORS *de l'institution scolaire,* soit dans un dispensaire d'une école dentaire s'il s'agit de patients peu fortunés, soit chez un dentiste de la ville dans le cas contraire.

Ces deux services d'inspection et de traitement doivent-ils être mis entre les mains du même praticien ou entre celles de deux praticiens différents? Si on examine la question sans aucune espèce de parti pris, on ne peut nier que l'organisation d'un double service est préférable à celle qui concentre en une seule main tout le service dentaire.

Il n'y a rien là qui soit attentatoire à la dignité du dentiste-traitant ; il ne faut pas oublier que, en la circonstance, il ne s'agit pas d'un particulier, mais d'un service public et que, si un contrôle pourrait paraître vexatoire lorsqu'il s'agit d'un malade particulier, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une collectivité comme une administration publique, qui a une responsabilité plus grande qu'un particulier. Celui-ci, en effet, n'engage que lui en s'adressant à un praticien, tandis que l'administration, en chargeant ce praticien de soigner les dents de ses élèves, engage sa responsabilité vis-à-vis de ceux-ci et a, par conséquent, non seulement le droit, mais encore le devoir de s'assurer si les soins ont été donnés.

Cette organisation présente même des avantages pour les deux praticiens chargés du service en leur assurant une bien plus grande liberté vis-à-vis du malade. Celui-ci en effet ne peut songer à accuser le dentiste-traitant de lui imposer des traitements inutiles (on sait que ces critiques sont faites parfois par des élèves ou par leurs parents), puisque les dents malades sont désignées par un praticien tout à fait désintéressé en la circonstance comme le sera le dentiste-inspecteur, et celui-ci, de son côté, aura lui aussi, en raison de cette situation, toute indépendance vis-à-vis des patients qu'il examinera.

En ce qui concerne l'inspection elle-même, de quelle nature peut-elle être ? Doit-on la considérer comme un contrôle de la valeur du travail effectué par le dentiste traitant ? En aucune façon. Sans compter l'impossibilité où, dans bien des cas, serait l'inspecteur de vérifier la valeur d'un traitement comme la préparation d'une cavité, par exemple, la dent étant récemment obturée, il n'est

rien prescrit de semblable par la circulaire qui dit simplement :

. . . .

« *Ces fiches seront conservées par les soins du chef de l'établissement. Elles permettront de contrôler les soins qui auront pu être donnés à chaque élève en dehors de l'établissement conformément aux indications de sa fiche particulière.* »

Le seul fait que ce paragraphe concernant le contrôle se rapporte aux fiches individuelles, montre bien que c'est non pas *la valeur* des soins donnés, mais seulement *leur réalité* et *leur nature* que le dentiste contrôlera pour modifier la fiche de chaque élève en conséquence et la tenir à jour. Il indiquera par exemple, sur la fiche, si une dent, indiquée comme cariée à son premier examen, a été obturée ou a été enlevée, et rien de plus.

Cela du reste a été bien indiqué par M. Lamy dans sa conférence où il disait :

« Mais ce contrôle n'implique nullement une sorte de suspicion à l'égard du dentiste-traitant. L'Etat a le droit et même le devoir d'assurer la surveillance du service dentaire institué dans ses écoles normales. Cela ne veut pas dire le moins du monde que le dentiste-traitant soit soumis à la surveillance jalouse d'un confrère, d'un concurrent. Le rôle du dentiste-inspecteur consiste essentiellement à établir les fiches dentaires : c'est la bouche des élèves, non le travail exécuté par le dentiste-traitant qui est soumis à son inspection. »

Je crois avoir exposé d'une façon complète la question du principe de l'inspection dentaire telle que la circulaire l'a prescrit et en avoir démontré la nécessité en même temps que je répondais déjà à quelques-unes des critiques qui avaient été formulées. Il me faut maintenant examiner les difficultés pratiques qu'a rencontrées l'organisation de ce nouveau service.

La première est l'absence de dentiste dans la ville où se trouve l'école. Cela est, il faut en convenir, un sérieux incon-

vénient et qui montre bien l'inanité des critiques de ceux de nos confrères qui crient à la pléthore professionnelle alors qu'il se trouve encore dans notre pays des villes comptant 9.000 habitants et n'ayant pas de dentistes; cela donne aussi une idée des progrès que l'hygiène dentaire a besoin de faire en France. Mais, heureusement, cette situation n'est que transitoire et il est certain que, dans peu d'années, les villes qui peuvent se trouver dans ce cas seront pourvues au moins d'un dentiste. Néanmoins, en attendant, il faudra évidemment s'adresser à un dentiste d'une ville voisine pour assurer le service.

Cette situation exceptionnelle mise à part et, comme je viens de le dire, elle est tout à fait transitoire, il convient dans cette question du recrutement du personnel chargé d'assurer le service dentaire, de faire une division importante :

1° Recrutement des dentistes-inspecteurs ;

2° Recrutement des dentistes-traitants.

Or, si l'on veut bien examiner toutes les objections qui ont été faites à l'organisation que nous étudions, on peut voir que, en dehors des questions de principe auxquelles nous avons répondu plus haut, il n'y a pas de difficulté à trouver un titulaire pour le poste de dentiste-traitant, il n'y a difficulté que pour celui de dentiste-inspecteur. Celui-ci doit en effet s'interdire de participer au traitement des élèves, et nous avons vu les objections diverses que cette interdiction suscite. Est-ce donc une raison, ainsi que le demandent quelques-uns, pour supprimer cette dualité du service dont nous avons montré longuement tous les avantages? En aucune façon. Il suffit simplement de recruter d'une manière différente le dentiste-traitant et le dentiste-inspecteur et voici comment :

S'il est indispensable, en effet, que le dentiste-traitant réside dans la ville où se trouve l'école, il n'en est pas de même pour l'inspecteur, bien au contraire, et je vais le montrer.

Le dentiste-traitant, dont l'intervention est journalière,

fréquemment répétée, doit, de toute nécessité, habiter la ville siège de l'école ; dans les grandes villes comme Paris par exemple, il est nécessaire qu'il réside même à une distance assez proche de l'école pour que son éloignement ne soit pas une cause de perte de temps trop considérable pour les élèves. Mais ces considérations de résidence, qui sont primordiales dans le choix d'un dentiste-traitant, n'ont plus *aucune importance* quand il s'agit du dentiste-inspecteur dont la fonction ne s'exerce que deux fois par an; celui-ci peut donc, dans les grandes villes, habiter à une distance même assez éloignée de l'école, il peut, pour les écoles de province, habiter sans inconvénient dans une ville différente de celle où siège l'école. On voit de suite les avantages d'une semblable organisation. Le dentiste-inspecteur habitant une autre ville que le dentiste-traitant, il ne peut plus être question de rivalité de clientèle ou d'influence entre les deux praticiens, puisque cette rivalité est sans objet ; il n'y a également plus aucune objection à ce qu'il soit interdit au dentiste-inspecteur de participer au traitement des élèves puisque, résidant dans une ville éloignée de l'école qu'il inspecte, il ne peut assurer ces soins et il ne subit aucun préjudice du fait de cette interdiction.

On voit ainsi que, du coup, par cette simple petite organisation, tombent toutes les objections, toutes les critiques qui ont été faites quant à l'application de la circulaire[1]. Quant à l'objection qui tendrait à présenter la désignation d'un dentiste-traitant comme portant atteinte au libre choix d'un dentiste par le malade, nous ne nous y arrêtons pas, car elle ne peut venir que de gens ayant bien mal lu la circulaire,

1. Dans un rapport sur l'*Inspection dentaire dans les écoles* de M. Fournier (de Joigny), je relève une proposition intéressante qui consisterait à faire élire le dentiste-inspecteur de chaque département par ses confrères. L'élection aurait lieu tous les deux ou trois ans au chef-lieu de département. Nos confrères régionaux réunis en assemblée délibérante choisiraient parmi eux celui qui, par ses aptitudes professionnelles et ses qualités morales, apporterait le plus de garantie pour les soins qu'il est tenu de donner, et pour l'impartialité et la bienveillance que réclament de lui ses collègues inspectés. Un premier mandat n'entraînerait avec lui aucune incapacité pour l'avenir. Le dentiste-inspecteur serait rééligible.

celle-ci, en effet, porte en toutes lettres le passage suivant : « *A défaut d'un dentiste désigné par la famille*, le service de traitement dentaire, organisé en dehors de l'Ecole, sera confié à un dentiste désigné par l'Administration, sur la proposition du chef de l'établissement. » Il en résulte avec la dernière évidence que la liberté du choix du dentiste reste absolument entière.

Un seul point pourrait, peut-être, être modifié, ce serait d'autoriser le dentiste-inspecteur à donner ses soins à un élève quand il serait désigné par la famille. Je crois que cette modification pourrait être acceptée sans inconvénient, mais encore je crois qu'il y aurait intérêt pour le dentiste-inspecteur, pour éviter toute suspicion, à ce qu'une telle situation restât une exception.

* * *

J'en arrive maintenant à la dernière partie de ce travail, c'est celle qui concerne la qualification des praticiens parmi lesquels sont choisis les dentistes-inspecteurs et les dentistes-traitants.

Là, j'aborde, au point de vue d'un certain nombre de nos confrères, le terrain le plus brûlant, car ça été l'objet de leurs plus grandes critiques contre la circulaire du 23 mars ; je dirai même, si j'en juge par les articles du rédacteur en chef de la *Revue de Stomatologie* qui s'est fait leur porte-parole, que ce point a été leur seule raison d'attaquer, avec une violence que j'ai signalée au début de cette étude, l'organisation du service d'inspection et de traitement dentaires dans les écoles normales.

Cette circulaire a eu en effet un tort irréparable à leurs yeux, car elle a dit, en parlant des deux services d'inspection et de traitement :

« Ce service sera confié *à un chirurgien-dentiste diplômé d'une École dentaire*, désigné par l'administration sur la proposition du chef de l'établissement. »

Il n'en fallait pas plus pour déchaîner la rage de

MM. les Stomatologistes ; les seuls mots de chirurgien-dentiste et d'école dentaire suffisent en effet à les mettre en fureur et les fait s'élancer tête baissée comme le taureau qui fond sur la capa du toréador. J'aurais la partie belle si je voulais relever toutes les aménités que M. Cruet et ses collègues stomatologistes adressent aux chirurgiens-dentistes et si je voulais leur répondre avec la même encre ; mais, vraiment, j'ai un peu d'hésitation à remuer tout ce fatras d'épithètes et d'accusations, où la politique générale du pays vient même jouer un rôle, avec la mise en jeu de je ne sais quel pouvoir occulte de comités mystérieux, d'influences ténébreuses et non moins mystérieuses qu'exerceraient certains grands personnages ; il n'y manque que quelques petits accessoires, manteaux couleurs de muraille et fioles de poison, et l'on se croirait transporté à la Tour de Nesle ou en compagnie du Rodin d'Eugène Sue ; j'en ai eu le frisson !

Notre aimable adversaire a même trouvé que les *chirurgiens-dentistes diplômés d'une Ecole dentaire* n'existaient pas et que l'Administration n'avait pas le droit de s'adresser à des gens inexistants. Il doit en être alors de même pour l'Assistance publique qui ne doit pas avoir le droit de s'adresser à des *chirurgiens-dentistes docteurs en médecine* car ces êtres-là sont, eux aussi, des individus tout aussi mythiques que les chirurgiens-dentistes diplômés d'une école dentaire.

Je me demande quelle objection il peut être fait à ce que l'administration de l'Instruction publique réclame, des *chirurgiens-dentistes* qu'elle choisit pour ses services, le titre supplémentaire de diplômé d'une Ecole dentaire, alors que l'Assistance publique réclame bien, des *chirurgiens-dentistes* qu'elle choisit, le titre supplémentaire de docteur en médecine, ce que MM. les Stomatologistes trouvent fort bien.

L'administration de l'Instruction publique, désireuse de se montrer moins exclusive qu'elle ne l'avait été tout d'abord, a eu beau modifier son texte primitif et dire que ces servi-

ces seraient confiés à des chirurgiens-dentistes ou à des docteurs en médecine spécialisés dans l'art dentaire, cela n'a pu désarmer la colère des stomatologistes, car il est des fautes qui ne se rachètent pas et la circulaire est « mauvaise », elle est « détestable », elle est « insolente », parce que, ayant introduit dans son texte primitif ce paragraphe néfaste où l'on cite les diplômés des Ecoles dentaires, cela montrait qu'elle avait été inspirée par des dentistes diplômés d'une Ecole dentaire, et par conséquent cette « vilaine œuvre » était « un chef-d'œuvre d'incohérence pour ne pas dire d'ignorance ».

Tout bon stomatologiste sait en effet, et M. Cruet ne se fait pas faute de le dire et de le redire avec une patience digne d'admiration, que les chirurgiens-dentistes sont des « ignorants » et « des incapables ». Le rédacteur en chef de la *Revue de Stomatologie* qui, avec un certain nombre de ses collègues stomatologistes, fait subir les examens de chirurgiens-dentistes, devrait cependant se montrer un peu plus réservé dans ses jugements ; car si réellement il disait vrai, il se trouverait enfermé dans ce dilemme assez curieux ou bien les examinateurs sont des ignorants et ils reçoivent inconsciemment ainsi des ignorants ; ou bien ils ne sont pas ignorants et alors ils reçoivent sciemment des ignorants dans un but que je n'ai pas à chercher ; ils endossent ainsi toute la responsabilité du dommage que ces ignorants et ces incapables causent à la santé publique que, seuls, les stomatologistes, comme chacun sait, sont capables de protéger.

« Vous mettez, dit M. Cruet, en s'adressant au ministre de l'Instruction publique, l'hygiène en vedette dans votre circulaire et pour accomplir cette œuvre, pour en faire une réalité sincère et vivante, c'est à des ignorants de la médecine et de l'hygiène que vous la confiez ! »

Voyons, il faudrait cependant s'entendre, car si le rédacteur de la *Revue de Stomatologie* écrit cela en décembre, il ne devrait pas oublier qu'en novembre il a écrit que la circulaire qu'il attaque si vivement a été inspirée par les chirurgiens-dentistes. Or, dans cette circulaire, M. Cruet a

été obligé de convenir que les considérations relatives à l'hygiène de la bouche étaient très justes, que « les soins à donner à la bouche et aux dents des enfants étaient indiqués avec un luxe de détails techniques très étonnant..... que ces soins étaient indiqués avec une suffisante précision ».

Mais alors, si cela est vrai et si la circulaire n'est pas l'œuvre des stomatologistes, mais des chirurgiens-dentistes, que viennent donc faire ces accusations d'ignorance de l'hygiène portées contre ces mêmes chirurgiens-dentistes ?

Si l'on avait quelques doutes sur les raisons qui ont déchaîné la colère des stomatologistes contre la circulaire du 23 mars, ils seraient vite dissipés en lisant ce petit paragraphe plein de saveur du leader de la *Revue de Stomatologie.*

« L'innovation de la circulaire détestable en elle-même et par son principe caché, pourrait se défendre si le choix de l'inspecteur dentaire fait par l'administration se portait toujours et systématiquement sur un dentiste qu'un titre particulier et supérieur placerait naturellement par son autorité au-dessus de l'exécutant. » Le laisse-t-il assez voir le bout de l'oreille, ce délicieux passage que nous nous en serions voulu de ne pas citer ?

Gageons que la *Revue de Stomatologie* n'aurait eu que des hosannas, des fleurs et de l'encens pour la fâcheuse circulaire si elle avait porté ce simple libellé au lieu de celui qui a causé son émoi :

Ce service sera confié à un docteur en médecine nommé par l'Administration.

Mais il n'en a pas été et il n'en pouvait être ainsi. La loi de 1892 a défini ceux qui ont droit à l'exercice légal de l'art dentaire. En créant le diplôme de chirurgien-dentiste elle a conféré à ceux qui possèdent ce titre tous les droits y afférents, et les chirurgiens-dentistes, MM. les Stomatologistes peuvent le voir, ne sont pas disposés à se laisser déposséder de leurs droits par des médecins ; ils espèrent, bien au contraire, arriver un jour, par un texte de loi formel, à obtenir

l'interdiction de l'exercice de l'art dentaire aux médecins.

En résumé, pour ce qui concerne les écoles normales, et les établissements visés par la circulaire du 23 mars, le ministre de l'Instruction publique était donc, comme je l'ai montré, et quoi qu'en disent et pensent les stomatologistes, dans son droit absolu, en confiant ces services à des chirurgiens-dentistes diplômés des écoles dentaires. Le ministre, en vue de faciliter le recrutement, a étendu ce droit à tous les chirurgiens-dentistes et même aux docteurs en médecine spécialisés dans l'art dentaire, c'est son droit également ; mais ce que l'on doit dire bien haut, c'est que, en chargeant les chirurgiens-dentistes du soin d'assurer le service d'inspection et de traitement dentaires qui vient d'être créé, l'administration de l'Instruction publique exerce non seulement son droit, mais elle remplit encore son devoir, car elle confie ainsi, à ceux qui ont provoqué et fait aboutir cette réforme, la mission d'en assurer l'exécution.

Les chirurgiens-dentistes ont conscience de leurs devoirs et ils ne failliront pas à cette tâche.

LA GRANDE FAMILLE DENTAIRE FRANÇAISE

Par J. d'ARGENT,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Vice-président de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris
et de l'Association générale des dentistes de France.

Il y a quelques mois, j'ai reçu la visite d'un confrère suisse, venant de l'Exposition anglo-française, et passant par Paris dans le but d'y visiter les milieux professionnels : les écoles, les sociétés et quelques praticiens qui lui avaient été désignés, afin de se rendre compte du développement des institutions dentaires parisiennes.

Il s'était déjà documenté, de la même manière, pendant son séjour à Londres, sur l'art dentaire en Angleterre.

Après avoir constaté que l'enseignement de notre art lui semblait avoir reçu, à Paris, une impulsion en rapport avec les plus grandes exigences scientifiques actuelles, il s'était complu à admirer l'ordre et l'union qui régnaient dans les écoles et les sociétés où il avait pu pénétrer. Aucune note discordante ne l'avait frappé, et il se montrait très heureux de voir que, chez nous comme en Angleterre, tous les efforts convergeaient vers un seul but : le progrès par l'enseignement, dans un parfait esprit de concorde et d'émulation.

Depuis l'élimination de nos éléments de discorde, tel est, en effet, pour qui ne connaît l'envers de la médaille, l'aspect de nos sociétés, envisagées dans leurs manifestations courantes : enseignement et administration dans les écoles, travaux et discussions dans les sociétés de science, tenue digne et quiétude apparente des journaux émanant de nos milieux intellectuels ; et l'étranger qui ne consulte que les publications dentaires scientifiques de notre pays — certaines feuilles malsaines n'allant pas jusqu'à lui — et qui s'en rapporte uniquement à ce qu'il voit, à l'heure présente, dans nos établissements, ne peut avoir aucun soupçon de la situation réelle.

Il me fallut, — bien à regret et par respect de la vérité

— détromper mon aimable interlocuteur et le faire quelque peu déchanter sur ses bonnes impressions. Après avoir mis sous ses yeux quelques numéros de la *Revue de Stomatologie* et d'un *Bulletin mensuel* dont la prose se distribue gratuitement, sans doute parce qu'elle ne trouverait pas acquéreur, je lui dis: Tout ne va pas aussi bien que vous le supposez, et si la vie de nos institutions ne paraît guère troublée, en ce moment, si la prospérité y règne, il n'en résulte pas que beaucoup de monde n'y mette des entraves et même n'en souhaite la ruine. La grande famille dentaire, comprenant tous les dentistes français, devrait être fortement unie et compacte pour la défense des intérêts professionnels, ses membres n'ayant d'autre devise que celle de l'Ecole dentaire de Paris : Union, Progrès. Malheureusement, il s'en faut qu'il en soit ainsi.

Pourtant il existe un noyau très important, où sont maintenus les principes chers aux dentistes réellement soucieux et fiers de leur origine, de leur dignité et de leurs droits. C'est la Fédération dentaire nationale, composée des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de groupements adhérents, s'appuyant sur des Associations professionnelles.

Voilà la vraie famille dentaire actuelle, dont peuvent faire partie tous ceux qui ont le respect des traditions et qui placent l'intérêt général au-dessus de l'intérêt particulier.

Mais, je vous l'ai dit, nous avons des adversaires — je pourrais dire des ennemis, tant sont violentes et implacables leurs incessantes attaques — qui nous harcèlent sans cesse.

Nous les divisons en deux camps : les stomatologistes et les syndiqués. Les *premiers* sont des scientifiques, des théoriciens — docteurs en médecine — qui reprochent aux dentistes une insuffisance d'instruction générale et surtout médicale. Ils exercent l'art dentaire — bien que la plupart ne l'aient pas appris — uniquement parce que leur diplôme médical leur accorde ce droit, de par la loi de 1892. Ils se targuent même de leur titre médical — bien faible avantage en la circonstance — pour essayer de faire accroire à leur

supériorité sur les *dentistes de carrière,* et ils réclament la restriction du droit d'exercice aux docteurs en médecine *seuls,* spécialement préparés ou non. Toutefois, à l'inverse des syndiqués, ils ne prétendent à aucune limitation du nombre des praticiens ; en quoi ils font preuve d'un excellent libéralisme, quoique bien gratuitement, dans un pays de liberté comme la France.

Même, à ce sujet, loin de laisser les choses se dérouler normalement, ils font une active propagande pour attirer à l'art dentaire le plus possible de médecins, espérant triompher de nos résistances par le nombre, et, nous débordant de toute part, nous absorber sans phrases.

Les *seconds* sont des dentistes dissidents, dirigés par un clan de confrères égoïstes, brouillons et violents, dont nous avons dû nous séparer, non sans avoir épuisé toutes les ressources de la patience et de la complaisance.

Ils forment une collectivité très hétérogène, sans idéal scientifique, et où les meilleures conceptions de la profession ne sont envisagées qu'avec un esprit de matérialisme très étroit.

C'est là que se réfugient les mécontents de toutes catégories, en un groupement confus. On distingue, en tête, les petits podestats dont nous nous sommes séparés ; ce sont eux qui régentent leur entourage. Immédiatement après eux, des ambitieux sans programme, satisfaits et infatués de leur personne ; de jeunes arrivistes à l'attitude provocante, au zèle exagéré, boucs émissaires chargés d'entretenir des polémiques peu courtoises ; dans la masse, on remarque des quémandeurs encombrants réfugiés là, parce que nous ne voulons plus nous en occuper ; des esprits frondeurs, ennemis de tout fonctionnement normal et surtout de toutes les combinaisons dont ils sont écartés ; des paresseux, accusant le sort d'injustice ; des naïfs, auxquels on fait tout accroire ; des faibles, qui sont embrigadés de force ; des gens que nous avons obligés et qui affectent certaines convictions éloignées des nôtres, pour échapper à la reconnaissance, etc., etc.

Ces adversaires, pour masquer leur réelle intention, qui

est de s'emparer de la direction de l'Ecole dont ils ont été éloignés, se présentent comme étant les meilleurs défenseurs des intérêts généraux de la profession, au point de vue pécuniaire, mais, en réalité, ils s'évertuent à recruter des adeptes, en mettant en jeu et en flattant leurs intérêts particuliers.

Ils disent poursuivre, entre autres idées très discutables, la réduction du nombre des praticiens, par la limitation des élèves admis dans les écoles dentaires, et la diminution ou la suppression de ces écoles, quoiqu'ils sachent fort bien qu'il ne peut dépendre ni d'eux, ni de nous, qu'il y ait plus ou moins d'étudiants ou d'écoles dentaires. En résumé, après être entrés dans la carrière, sans avoir consulté ceux qui s'y trouvaient avant eux, ils tentent de la fermer à ceux qui les suivent.

Quoi qu'il en soit, tandis que les stomatologistes mettent tout en œuvre pour augmenter leur nombre et être forts, les syndiqués réclament l'enraiement de notre développement. Les premiers font tous leurs efforts pour créer des docteurs-dentistes, même inaptes ; les seconds s'acharnent à priver l'art dentaire et le public des spécialistes capables et instruits que forment les écoles dentaires.

— Cette conduite n'est pas seulement bizarre, me dit mon visiteur, elle est invraisemblable, insensée, criminelle ; car si, d'une part, ces confrères prétendent, par certaines de leurs affirmations, défendre les intérêts des dentistes ou, tout au moins, leur conserver leur situation, d'autre part, par leurs revendications au point de vue de la limitation, ils font le jeu des stomatologistes, dont ils devraient être, comme vous, les adversaires, en n'opposant pas à leur inquiétant accroissement une production proportionnelle de chirurgiens-dentistes, de manière à conserver à ceux-ci une grande supériorité numérique sur leurs concurrents. Agir en sens contraire, c'est se vouer à la mort.

— C'est évident, répondis-je, les syndiqués agissent avec un certain aveuglement et uniquement, semble-t-il, dans le but de nous contrecarrer, sans se préoccuper beaucoup de l'ennemi commun : le *stomatologiste*. Leur horizon ne pa-

raît pas s'étendre au delà du terrain sur lequel ils nous combattent et passé lequel leur courte vue ne discerne pas les manœuvres du troisième larron qui, sans nous, serait vite maître de la situation.

Mais leur incohérence et leurs contradictions ne se manifestent pas seulement dans les choses où ils cherchent à nous faire opposition, elles se traduisent également dans leur manière d'appliquer les principes dont ils se disent les farouches défenseurs.

Ainsi, tandis qu'ils excluent quelques réclamistes obscurs et qu'ils poursuivent à boulets rouges la pratique illégale chez ceux qui ne sont pas de leur bord, ils montrent de la tolérance pour quelques-uns de leurs dirigeants — et non des moindres — faisant à leur balcon une réclame éhontée ou employant, dans leurs cabinets, des opérateurs non diplômés. Comme vous le voyez, l'intérêt particulier ne s'efface pas toujours devant l'intérêt général.

— Quels sont les moyens d'action qu'emploient contre vous vos adversaires? continua mon confrère, de plus en plus intrigué et intéressé.

— Les uns et les autres, lui dis-je, nous discutent par la plume et par des actes ; mais, tandis que les stomatologistes, pour soutenir leur cause ou infirmer la nôtre, emploient un style qui n'est que très rarement dépourvu de courtoisie, et qui, en tout cas, ne contient jamais de propos dissonants, les syndiqués poursuivent, dans leurs écrits, la défense d'un programme comprenant des idées de jalousie, d'envie, de haine, d'égoïsme et d'ostracisme et tous les moyens leur sont bons : la calomnie, l'injure, la diffamation, même les voies de fait.

— Mon visiteur était ébahi et visiblement attristé.

— De tels déportements, dans une profession respectable comme la nôtre, vous étonnent, poursuivis-je, et vous ne concevez pas que leurs auteurs ne soient pas désavoués par la Société qu'ils représentent, par la profession tout entière. De nombreux membres ont quitté cette Société, en protestant contre l'attitude scandaleuse de ceux qui s'étaient aussi

mal comportés ; mais, ainsi que je vous l'ai spécifié précédemment, ce groupe se compose d'éléments très disparates, pour la plupart préoccupés beaucoup plus de leurs intérêts particuliers que des questions qui élèvent le niveau moral et intellectuel de la profession, et quant aux autres, on leur désigne notre œuvre comme étant une menace et un péril pour leur situation personnelle. En dehors de ce triste milieu, il n'est pas un dentiste qui ne désavoue ces peu dignes confrères.

Les actes des stomatologistes, consistant en démarches auprès des pouvoirs publics, se produisent au dehors de notre Société, à laquelle aucun d'eux n'appartient. Ils sont assez facilement contrebalancés par nos influences en haut lieu. Par contre, un nombre assez important de nos autres adversaires sont inscrits chez nous, de sorte qu'ils peuvent nous faire opposition au sein même de nos institutions. Ils s'attachent à faire admettre dans notre groupement, grâce à la libéralité de nos règlements, le plus possible de leurs partisans.

A Paris, leurs efforts sont plus ou moins stériles, car on se renseigne facilement, et ils n'y sont pas en odeur de sainteté ; aussi est-ce en province qu'ils recrutent le plus d'adhésions par leur incessante propagande. Notre action est presque nulle de ce côté, mais, malgré cela, de très nombreuses sympathies nous sont acquises, nos actes valant mieux, pour nous les attirer, que les plus éloquents discours.

— Comment vous défendez-vous contre les attaques dont vous êtes l'objet ? me demanda encore mon confrère suisse.

— Je dois avouer que nous sommes plus souvent attaqués que défendus, car nous n'avons guère qu'une seule arme, le journal *L'Odontologie,* et nous hésitons souvent, bien à tort, selon moi, à nous en servir comme il faudrait, sous prétexte de ne pas lui enlever son caractère scientifique, ni embarrasser ses lecteurs, en grand nombre étrangers à notre Société, de polémiques qu'il vaut mieux mépriser qu'approfondir et surtout propager.

Pourtant la *Revue de Stomatologie* ne laisse pas passer *un seul numéro* sans traiter le sujet qui lui tient tant au cœur : *la suppression du chirurgien-dentiste et la prépondérance du docteur en médecine.* Elle sait qu'un clou ne s'enfonce qu'à coups de marteau répétés, et il y a douze ans qu'elle frappe dessus sans relâche, avec un entrain et une persévérance, que l'on peut admirer, si même on ne l'approuve pas, et que nous ferions bien d'imiter, car, *de ce côté, nous défendrions la bonne cause.* Ce qui nous a éloignés des articles de polémique, avec nos adversaires syndiqués, c'est leur manque de bonne foi et leur conduite peu scrupuleuse à notre égard. Longtemps nous avons été attaqués, vilipendés dans nos personnes, ainsi que l'École dans son enseignement et son administration, très violemment et très injustement. Bien à tort, nous avons laissé faire ; les membres pris à partie, méprisaient les grossièretés et les allégations mensongères répandues à leur égard ; l'administration de l'École, espérant toujours que le temps mettrait une sourdine au tapage de ces trop bruyants antagonistes, s'abstenait également de toute protestation et de toute réaction.

Lorsque, enfin, lassés dans notre patience, nous nous sommes décidés à leur répondre et à nous défendre, en y allant, comme on dit « bon jeu, bon argent », ces messieurs, habitués à toutes les roueries de la procédure, pour tout argument, nous ont opposé tout leur arsenal judiciaire, ce qui nous a prouvé, une fois de plus, *une fois de trop*, qu'il ne faut pas frayer ni se commettre avec des gens sans loyauté.

— Une dernière question, me dit encore mon interviewer, les stomatologistes, en préconisant les études médicales complètes pour les dentistes, entendent certainement que les Facultés de médecine seraient chargées d'enseigner notre spécialité, au même titre que les autres spécialités médicales. Quels griefs formulez-vous contre le rattachement total de l'enseignement dentaire aux Facultés de médecine ?

— Je ne suis pas embarrassé pour vous répondre, lui dis-je ; nos griefs sont nombreux. Le plus sérieux d'entre eux, c'est que cet enseignement serait nul, ou à peu près, et qu'alors, notre profession, dans son application moyenne, tomberait au-dessous de tout.

Je me suis documenté, depuis longtemps, sur la manière dont l'enseignement, tant théorique que pratique, est donné à la Faculté, et si je voulais le critiquer, ou même le commenter, j'en aurais long à vous dire à ce sujet ; mais afin de n'être point taxé de partialité, j'aime mieux vous rapporter succinctement ce qu'en disent les principaux intéressés eux-mêmes : les médecins et les étudiants.

Les étudiants se plaignent *sans cesse* entre eux et, de temps à autre, lorsque la mesure déborde et que leur patience est à bout, ils manifestent buyamment leur mécontentement au dehors. Leur protestation, pour ceux qui ne sont pas initiés, paraît souvent hors de proportion, avec l'importance de l'incident à propos duquel elle se produit ; c'est que les griefs accumulés font balle à ce moment, et que la surexcitation des esprits est à son comble. Ils se plaignent de la faiblesse de l'autorité administrative, du désarroi dans les études, du manque de programme, du « bon plaisir » des professeurs dans la direction de leurs cours, de l'absence de travaux pratiques sérieux, de l'insuffisance de l'enseignement clinique, etc. Leurs délibérations en témoignent éloquemment. Tous les journaux se sont faits les échos de leurs réclamations ; ce n'est plus un secret pour personne.

Sont-ce là des exagérations de jeunes cerveaux ? Les récriminations de ces futurs médecins ne sont-elles pas fondées ?

S'ils étaient seuls à protester contre l'état de choses actuel, on pourrait le croire ; mais un Congrès médical, encore récent, a donné lieu à des manifestations du même genre, de la part d'un très grand nombre de médecins, et l'affaire a été jugée tellement sérieuse, qu'une grande Commission de réforme des études médicales a été nommée,

et qu'elle vient de refondre tout le suranné programme actuel.

Nous ne savons si la médecine y gagnera, nous le souhaitons ; mais, jusqu'ici, nous pouvons dire que les dentistes y trouveront des avantages importants, puisque la Commission qui s'est, du même coup, occupée de leur situation, a admis un certain nombre des revendications principales que, depuis 15 ans, l'Ecole dentaire de Paris soutient sans désemparer.

Toujours est-il qu'en l'état actuel des choses la Faculté ne s'occupe réellement pas de l'enseignement pratique de ses propres spécialités ; comment dès lors, espérer que l'art dentaire — qui lui est totalement inconnu — avec ses détails minutieux, puisse être, de sa part, l'objet d'une préoccupation sérieuse, et n'est-on pas fondé à croire qu'il serait relégué au dernier plan ? Heureusement pour nous, la Commission de réforme, du chef même de ses propositions à notre sujet, reconnaît l'importance de notre spécialité et éloigne toute idée de rattachement à la Faculté.

Sur ces explications, mon visiteur me quitta..... non sans formuler un vœu en faveur de notre autonomie et de l'apaisement professionnel, car le récit de nos discordes l'avait profondément navré.

Pour mon compte, les pouvoirs publics s'étant prononcés, je souhaite vivement que stomatologistes et dentistes vivent en paix, dans un intérêt commun ; mais, s'il faut absolument que nous nous défendions contre de nouvelles prétentions et de nouvelles attaques, nous le ferons avec des armes identiques à celles employées contre nous.

Quant aux confrères égarés par des espérances utopistes, qu'ils sachent qu'un accueil bienveillant leur sera toujours réservé, s'ils veulent travailler, dans un esprit d'intérêt général, à la Fédération dentaire nationale, *cette grande famille dentaire française.*

LES MAUVAIS NOURRISSONS

Par Henri Dreyfus,

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Ceci se passait dans un milieu paradentaire, il y a quelques mois, au lendemain d'une assemblée générale de la Société de l'Ecole... Une fois de plus, la saine raison, le juste sentiment de la dignité professionnelle y avaient triomphé de l'obstruction tentée par une minorité turbulente, et n'ayant pour tout programme que la calomnie et la violence.

On commentait donc, en termes bienveillants, cette séance de la veille, lorsqu'un nouvel arrivant s'exclama soudain : « l'Ecole dentaire! je ne souhaite qu'une chose : c'est qu'on lui fasse *couic !* » *(sic)*, et renforçant cette significative onomatopée par un geste non moins expressif d'étrangleur, notre interlocuteur (?) s'éclipsa. Pour peu galants qu'en fussent les termes, cette phrase exprimait une opinion, peu recommandable, à la vérité, mais enfin une opinion nette. Cependant, de quelle savoureuse ironie ne la trouvai-je pas empreinte, quand j'eus appris que mon homme arborait fièrement, à la suite de son nom, les quatre initiales D. E. D. P.

Tout en étant heureusement très exceptionnels, ces sentiments ne sont pas absolument particuliers à notre étrangleur d'école ; on peut les retrouver chez quelques autres confrères, qui, s'ils ne les expriment pas aussi énergiquement, ne les ressentent pas moins vivement. Il y a là l'indice d'une mentalité curieuse et déconcertante chez ceux qui, redevables de tout à l'Ecole dentaire, et de leur éducation professionnelle, et du reflet dont ils s'éclairent, se retournent avec hostilité contre elle. Ils ne veulent plus se souvenir du jour où, ignorant tout de l'odontologie, ils sont arrivés à l'Ecole, ni des années qu'ils y ont passées, pendant lesquelles, grâce à des programmes sagement com-

binés et aux efforts dévoués du corps enseignant, ils ont pu être mis en état d'affronter les rudes batailles de la vie. Ne trouvez-vous pas qu'ils ressemblent à ces enfants, dont parle La Bruyère, « drus et forts d'un bon lait qu'ils ont sucé, qui battent leur nourrice » ? *Ce sont de mauvais nourrissons.*

Il est un fait significatif et bon à noter dès l'abord, c'est que leur ressentiment ne s'acharne précisément que contre l'Ecole dentaire de Paris, qui a donc l'honneur d'être le seul objet de leurs assauts ; leur vindicte veut bien épargner les autres lieux d'enseignement de Paris ou d'ailleurs, dont certains sembleraient cependant devoir mériter moins d'indulgence. Notre Ecole supporte assez gaillardement, il est vrai, le faix de cet exceptionnel honneur.

Ce qu'ils font, c'est de l'opposition quand même, donc stérile et sans portée. Leur tactique, d'apparence première assez obscure, se réduit en somme à essayer, par tous les moyens, de jeter le discrédit sur l'institution, tout en faisant mine de la défendre. « Seigneur, disait un sage, protège-moi contre mes amis, je me charge de mes ennemis. » Nos bons défenseurs, sous leurs embrassements, auraient vite fait d'étouffer leur protégée ; car tous apportent dans notre Association, peut-être avec la secrète pensée de pouvoir la régenter, l'esprit d'une autre société, que je me garderai bien d'apprécier, mais qui n'est pas le nôtre. Chacun d'eux cependant obéit à son propre tempérament, ce qui nous permet d'observer une certaine variété dans leurs attaques, qui se font toujours sous le manteau de l'intérêt supérieur de la profession : attaque en ligne déployée, marche de flanc, contre-marche, ordre dispersé, feintes — feintes surtout. Un de leurs « trucs » familiers est celui-ci : faire dire à quelqu'un ce qu'il n'a pas dit, ne pas lui faire dire ce qu'il a dit, feindre d'attribuer à ses paroles un sens tout opposé au vrai, ... en vérité, l'art d'accommoder les textes est un grand art, et Basile est un grand maître.

Voici un autre procédé, le procédé démagogique (c'est un de leurs meilleurs, car on a toujours de grandes chances d'ameuter les gens, en leur faisant croire que leur bourse

est menacée) : crier à la pléthore, et en rendre responsable l'Ecole dentaire, — et elle seule — lui reprocher de « fabriquer trop de dentistes ». Comme si l'intensité du recrutement d'une profession dépendait de quelques-uns ! là les restrictions apportées par les lois sont même des barrières insuffisantes contre un encombrement plus apparent que réel. Ici comme ailleurs, c'est la fonction qui crée l'organe : en dehors de l'action des volontés, l'équilibre doit s'établir entre le nombre des dentistes et les besoins auxquels ils répondent, car il est des forces économiques dont il ne dépend de personne d'annihiler les effets ; quelques individualités, il est vrai, pourront être brisées dans la bagarre : c'est une raison de plus de laisser les écoles parfaire l'enseignement, afin qu'elles ne lancent dans la profession que des organismes robustes ; ce sera tout profit pour la science odontologique.

Mais ce dernier point tient-il quelque place dans les préoccupations de ces anciens diplômés des écoles, qui y ont pris le meilleur de ce qu'ils savent, et qui, une fois dans la profession, prétendent tirer la porte sur eux et se barricader dans la place ? Le geste n'est pas très *chic*. Ils ne sont peut-être pas très éloignés de demander la limitation du nombre des dentistes, comme d'autres le font pour les cabarets ; la limitation des dentistes serait-elle donc elle aussi une question d'hygiène publique !

La sotte accusation de contribuer à la pléthore, ne soutient d'ailleurs pas l'examen — je dis un examen loyal — si l'on considère que le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris a demandé, et est en train d'obtenir, que le diplôme de chirurgien-dentiste soit d'une conquête plus difficile que par le passé. Est-ce là le moyen de recruter des élèves ? Mais c'est là un point sur lequel il faudra bien revenir, car il est trop souvent le sujet d'idées fausses et de jugements erronés qui sont à reviser.

Les attaques contre l'Ecole ne serviront qu'à la fortifier ; car elles groupent autour d'elle ceux qui ont conscience du rôle qu'elle a joué et de la destinée qui l'attend. S'il n'a fallu aux dentistes que trente ans pour conquérir ce que les

médecins n'ont obtenu qu'en deux siècles, c'est-à-dire la considération pour leur profession, c'est en grande partie à l'Ecole dentaire qu'ils le doivent. Elèves ou non de cette Ecole, tous ceux qui font œuvre de dentistes ont contracté envers elle une dette de reconnaissance, car c'est elle qui a réuni, groupé, coordonné, développé les connaissances spéciales encore éparses çà et là, et rudimentaires. Elle a créé l'enseignement odontologique, dans lequel elle approche sans cesse de la perfection. C'est l'*alma mater*.

En face d'elle, que trouvons-nous ? Une poignée d'opposants sans programme, sans idéal avouable, qui pour donner l'illusion du nombre, crient chacun comme quatre et s'agitent en tourbillons stériles. La continuité même de leur monocorde malveillance les discrédite et les juge ; son bourdonnement devient comme un bruit de la nature qui ne nous gêne plus dans notre travail, pas plus que le bruit du roulement des voitures ne trouble un vieux parisien.

En vérité, je vous le dis, ce sont de mauvais nourrissons !

GROUPEMENT PROFESSIONNEL

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

et de l'Association générale des Dentistes de France.

CHAMBRE SYNDICALE

Des correspondances de plus en plus nombreuses arrivent à la Chambre syndicale depuis la publication des ordres du jour de juillet et d'octobre. Nous y avons répondu de notre mieux.

Nous croyons à ce sujet devoir rappeler aux membres de la profession que toutes offres de place pour opérateurs ou mécaniciens doivent être adressées, autant que possible par écrit, au président de la Chambre syndicale, mais que les demandes verbales ou par téléphone adressées à l'un des membres de cette Chambre sont tout aussi valables.

La Chambre syndicale s'efforce de mettre immédiatement en rapports, par correspondance, patrons et auxiliaires.

Dans le cas où satisfaction ne peut être donnée dans la huitaine, une annonce est faite dans *L'Odontologie*, avec le numéro d'ordre de l'offre.

Toute annonce est gratuite pour les membres du Groupement.

Toutes offres sont aussi reçues de la part des confrères n'en faisant pas partie, mais ils ont à acquitter à la caisse du journal une taxe de 5 francs pour frais d'administration.

Les demandes de places émanant d'opérateurs ou de mécaniciens doivent être formulées par écrit et adressées au président, 45, rue de La Tour-d'Auvergne ; elles sont publiées dans *L'Odontologie* gratuitement. Elles doivent mentionner l'âge du postulant, ses diplômes, capacités, prétentions comme appointements et l'endroit où il désire être placé, Paris ou province ; il doit y joindre des références telles que recommandations de professeurs ou de patrons, etc.

Il ne pourra être tenu aucun compte des demandes signées seulement d'initiales, ni de celles demandant une réponse poste restante.

Seuls, les diplômés de Facultés pourront être recommandés par la Chambre syndicale comme opérateurs.

Les arbitrages seront gratuits pour les membres du Groupement. Pour les demandes d'arbitrage, les pièces du litige doivent être présentées au siège social, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, les vendredis de 11 heures à midi.

Le président reçoit les confrères les mardi et vendredi de 6 à 7 heures du soir, 12, rue Cernuschi.

Toutes plaintes doivent être formulées par écrit avec preuves à l'appui. La Chambre syndicale les examine avec impartialité et discrétion, mais elle ne peut tenir compte des plaintes anonymes qu'elle reçoit parfois, quelque justifiées qu'elles paraissent être.

La devise de la Chambre syndicale étant mutualité, solidarité, il n'est fait aucune distinction entre les membres du Groupement ; tous peuvent s'adresser à elle, certains d'en recevoir conseils, appui ou assistance, avec des sentiments égaux de bonne confraternité.

Le président,
DELAIR.

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

11e Liste.

N° 180. — Très bon opérateur est demandé pour grande ville d'Italie. — Promesse de succession.

N° 181. — D. E. D. P. demande place d'opérateur mécanicien en Orient; parle français, espagnol, bulgare, turc et grec.

NOTA. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

DEUXIÈME PARTIE

29e ANNÉE. N° 1 — 15 JANVIER 1909 — VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAI D'UNIFICATION DE LA TERMINOLOGIE ET DES DIVERSES CLASSIFICATIONS EN ORTHODONTIE

Par GEORGES VILLAIN, D. E. D. P., D. D. S.,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, séance du 13 octobre 1908*[1].)

Nous nous sommes tous trouvés aux prises avec la difficulté d'énumérer d'une façon précise et claire les anomalies de position d'un groupe de dents, quelquefois même d'une seule dent ; et, lorsque nous pensons avoir trouvé le terme ou les termes donnant une idée parfaite de la malposition de l'organe, nous nous apercevons avec étonnement que ces termes sont le plus souvent mal interprétés ou incompris.

Nous recherchons alors les causes de ce malentendu, nous fouillons la littérature professionnelle et, découragés, nous maintenons les expressions employées et, chacun procédant de même, nous ne nous comprenons les uns et les autres qu'avec difficulté.

Ayant à faire la bibliographie du livre de Calvin Case,

1. A la suite de cette communication la Société d'Odontologie nomma une commission chargée d'étudier ce travail et ceux que d'autres confrères voudraient bien présenter, puis d'élaborer un rapport. Cette Commission a déjà commencé à s'acquitter de sa mission.

je consultais dernièrement les œuvres de Fauchard, Farrar, Guilford, Angle ; je fus frappé de la diversité des termes pour exprimer une anomalie déterminée ; je consultai alors les publications françaises récentes et constatai avec quelque amertume que certains termes, très imagés et expressifs, de ces termes bien français, c'est-à-dire précis, cédaient la place à d'autres beaucoup moins appropriés, importés pour la plupart. Qu'on ne voie en cette critique aucune intention chauvine, mesquine ; mes idées sont suffisamment connues pour que je n'aie pas à m'en défendre.

Cette tendance à introduire dans notre langue professionnelle des mots étrangers va grandissant : les communications récentes sur des sujets d'orthodontie m'en ont encore fourni la preuve.

Ce sont ces raisons qui m'ont décidé à soumettre à la Société d'Odontologie mes idées sur la terminologie en orthodontie, en même temps que la classification que j'élabore depuis deux ans, et qui n'est que la condensation et l'unification des classifications déjà existantes, auxquelles j'ai apporté un bien mince tribu.

Je tiens donc à dire que je n'ai nullement l'intention de présenter un travail original et personnel, loin de moi la pensée de créer de toute pièce une terminologie ; j'ai, au contraire, le désir de prendre chacun des termes déjà existants, de les coordonner, de les comparer, de les choisir et de les classer. Aussi ai-je intitulé ce travail : « *Essai d'unification de la terminologie et des diverses classifications en orthodontie* ». Ne vous attendez donc pas à trouver là un travail définitif ; mon objet est de provoquer au sein de notre Société scientifique une discussion de laquelle puisse enfin jaillir la terminologie que nous souhaitons tous à une science qui, pour être nouvelle, n'en est pas moins intéressante.

Qu'il me soit permis d'adresser ici un pressant appel à tous mes confrères soucieux de participer à cette œuvre utile, que je désire impersonnelle.

L'orthopédie dentaire, avec l'orthopédie dento-faciale,

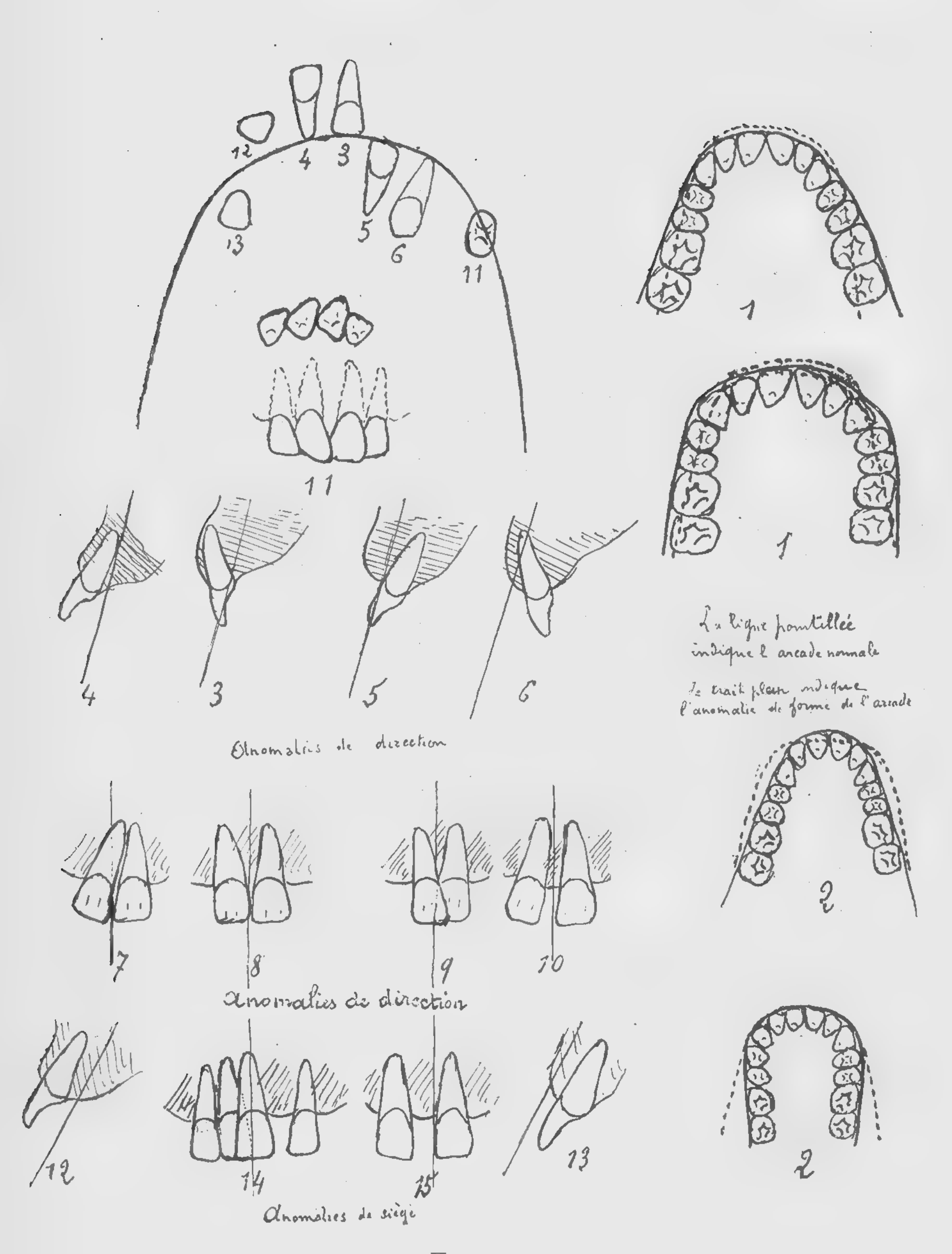

12
4
3
13
5
6
11
11
1
1
La ligne pointillée
indique l'arcade normale
Le trait plein indique
l'anomalie de forme de l'arcade
4
3
5
6
Anomalies de direction
2
7
8
9
10
Anomalies de direction
2
12
14
15
13
Anomalies de siège

FIG. 1.

Classification de l'orthopédie dentaire

ORTHOPÉDIE DENTAIRE

						MOUVEMENT	APPAREIL	ANCRAGE
Orthodontie Les arcades sont en rapports normaux avec les maxillaires et ceux-ci avec la face.	CLASSE I Les rapports des arcades et des antagonistes entre elles peuvent être considérés normaux.	1er Groupe Anomalies de forme des arcades.	Expansion (fig. 1).	....	....	Contraction.	Contracteur.	Intra-buccal et uni-maxillaire.
			Contraction (fig. 2).	....	....	Expansion.	Expanseur.	
		2e Groupe Anomalies de direction des dents.	Antéversion	Radiculaire (fig. 3).	....	Inclinaison. combiné.	A traction et pression simples ou combinées.	
				Coronaire (fig. 4).	....	simple.		
			Rétroversion.	Radiculaire (fig. 5).	....	combiné.		
				Coronaire (fig. 6).	....	simple.		
			Latéroversion	Mésio-version radiculaire (fig. 7).	....	combiné.		
				Disto-version radiculaire (fig. 8).	....	combiné.		
				Mésio-version coronaire (fig. 9).	....	simple.		
				Disto-version coronaire (fig. 10).	....	simple.		
		3e Groupe Anomalies de siège des dents.	Rotation (fig. 11).	....	....	Rotation.		
			Protrusion (fig. 12).	....	....	Rectiligne.	Rétropulseur.	
			Rétrusion (fig. 13).	....	....		Propulseur.	
			Mésiotrusion (fig. 14).	....	....		Rétropulseur.	
			Distotrusion (fig. 15).	....	....		Propulseur.	
	CLASSE II *Malocclusions des dents* Les rapports des arcades sont normaux.	1er Groupe Malocclusions mésio-distales.	Mésio-occlusion (fig. 16).	....	....	Inclinaison.	A traction et pression simples.	
			Disto-occlusion (fig. 17).	....	....			
		2e Groupe Malocclusions linguo-vestibulaires	Vestibulo-occlusion (fig. 18).	....	....	Contraction.	Contracteur.	
			Linguo-occlusion (fig. 19).	....	....	Expansion.	Expanseur.	
		3e Groupe Malocclusions occlusales.	Supra-occlusion (fig. 20).	....	....	Intrusion.	A traction ou pression simples.	
			Infra-occlusion (fig. 21).	....	....	Extrusion.		
	CLASSE III *Malocclusions des arcades* Les rapports des arcades coronaires entre elles sont anormaux.	1er Groupe Rapports mésio-distaux anormaux	1re Division : Malocclusions mésiales.	1re Subdivis. Malocclusion mésiale simple.	A. bilatérale.	Inclinaison.	A traction et pression simples ou combinées.	Intra-buccal et inter-maxillaire.
					B. unilatérale.			
				2e Subdiv. Malocclusion en mésio-antéversion.	A. bilatérale.			
					B. unilatérale.			
			2e Division : Malocclusions distales.	1re Subd. Malocclusion distale simple.	A. bilatérale.			
					B. unilatérale.			
				2e Subdiv. Malocclusion en disto-rétroversion.	A. bilatérale.			
					B. unilatérale.			
			3e Division : Malocclusions mésio-distales simultanées	1re Subdiv. d'une même arcade, mésiale d'un côté, distale de l'autre.	A. mésio-rétroversion.			
				2e Subd. : des deux arcades, l'une mésiale, l'autre distale.	B. disto-rétroversion.			
		2e Groupe Rapports linguo-vestibulaires anormaux.	1re Division : Malocclusions vestibulaires.	1re Subdiv. : bilatérale.	....	Contraction.	Contracteurs et expanseurs.	Intra-buccal et uni-maxillaire.
				2e Subdiv. : unilatérale.	....			
			2e Division : Malocclusions linguales.	1re Subdiv. : bilatérale.	....	Expansion.		
				2e Subdiv. : unilatérale.	....			
			3e Division : Malocclusions linguo-vestibulaires	1re Subd. : d'une même arcade.	....	Contraction et expansion combinées.		
				2e Subd. : des deux arcades.	....			
		3e Groupe *Rapports occlusaux anormaux.*	*1re Division : Inocclusion.*	*1re Subdiv. : partielle.*	....	*Extrusion.*	*A traction et pression simples ou combinées.*	*Intra-buccal et inter-maxillaire.*
				2e Subdiv. : totale.	....			
			2e Division : Surocclusion.	*1re Subdiv. : partielle.*	....	*Intrusion.*		
				2e Subdiv. : totale.	....			
			3e Division : Inocclusion et surocclusion simultanées.	*1re Subd. : d'une même arcade.*	....	*Extrusion et intrusion combinées.*		
				2e Subd. : des deux arcades.	....			
Orthopédie dento-faciale 1° Les arcades ne sont pas en rapports normaux avec les maxillaires, 2° les maxillaires ne sont pas en rapports normaux avec la face.	CLASSE I Les arcades sont en rapports anormaux avec les maxillaires.	1er Groupe L'occlusion est normale. Les arcades sont en rapports normaux entre elles.	1re Division : Arcade coronaire.	1re Subd. : mésio-antéversion coronaire bi-arcade.	....	Inclinaison simple.	A pression et traction simples ou combinées.	Intra-buccal et uni-maxillaire.
				2e Subd. : disto-retroversion coronaire bi-arcade.	....			
			2e Division : Arcade radiculaire.	1re Subd. : mésio-antéversion radiculaire.	A. d'une seule arcade.	Inclinaison combinée.		
					B. des deux arcades.			
				2e Subd. : disto-rétroversion radiculaire.	A. d'une seule arcade.			
					B. des deux arcades.			
			3e Division : Arcade totale.	1re Subd. : mésio protrusion bi-arcade.	....	Rectiligne.	Rétropulseur Propulseur simples ou combinés.	Intra et extra-buccal, inter-maxillaire et occipital.
				2e Subdiv. : disto-rétrusion bi-arcade.	....			
		2e Groupe L'occlusion est anormale. Les arcades sont en rapports anormaux entre elles.	1re Division : Antéro-postérieurement.	1re Subd. : mésio-protrusion uni-arcade.	A. arcade opposée normale.			
					B. arcade opposée présentant de l'antéversion.			
				2e Subdiv. : disto-rétrusion uni-arcade.	A. arcade opposée normale.			
					B. arcade opposée présentant de la rétroversion.			
				3e Subd. : mésio-protrusion et disto-rétrusion simultanées.				
			2e Division : Latéralement.	Mésio-distotrusion.	A. bi-arcade.			
					B. uni-arcade.			
	CLASSE II Les maxillaires sont en rapports anormaux avec la face.	1er Groupe L'occlusion est anormale. Les maxillaires sont en rapports anormaux entre eux.	1re Division : Antéro-postérieurement.	1re Subdiv. : Prognathisme uni-maxillaire.				
				2e Subd. : Opisthognathisme uni-maxillaire.				
				3e Subd. : Prognathisme et opisthognathisme simultanés.				
			2e Division : Latéralement.	Diduction.	A. bi-maxillaire.			
					B. uni-maxillaire.			
		2e Groupe L'occlusion est normale. Les maxillaires sont en rapports normaux entre eux.	1re Division : Prognathisme bi-maxillaire.					
			2e Division : Opisthognathisme bi-maxillaire.					

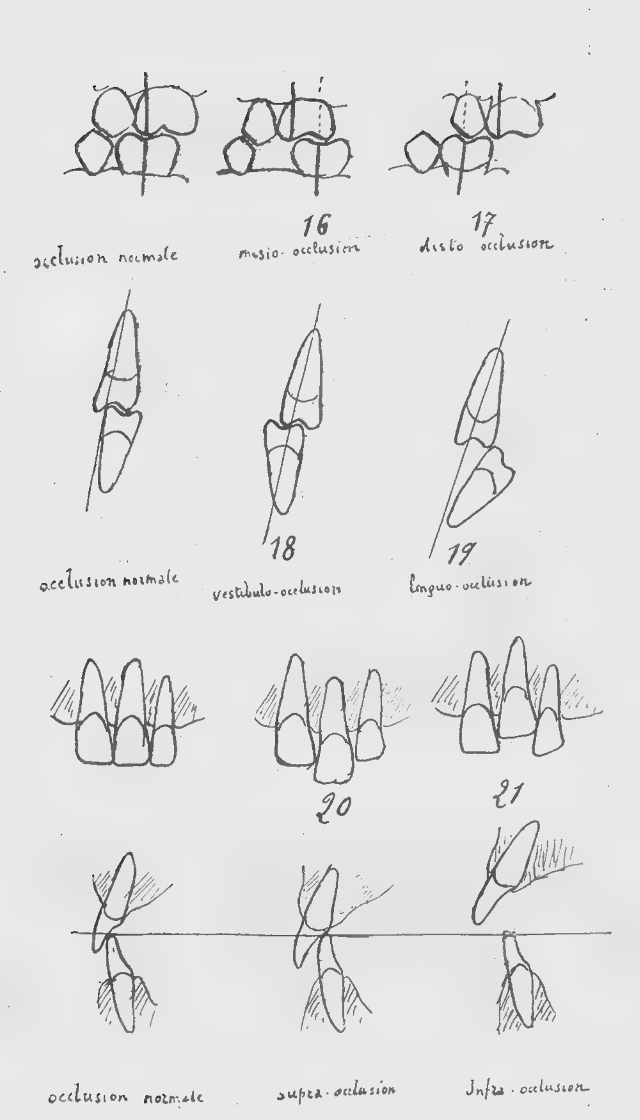

16
17
occlusion normale
mesio-occlusion
disto occlusion
18
19
occlusion normale
vestibulo-occlusion
linguo-occlusion
20
21
occlusion normale
supra-occlusion
Infra-occlusion

FIG. 2.

cet art qui nous permet de corriger des anomalies parfois si prononcées qu'elles deviennent presque des monstruosités, avec l'orthodontie, cette science qui nous donne le moyen de rétablir d'une façon parfaite l'occlusion et de régénérer ainsi une des principales fonctions de l'organisme, mérite bien que nous dépensions en commun quelques-unes de nos séances pour la doter d'une terminologie digne de son degré de perfectionnement.

Les termes que nous choisirons doivent autant que possible être adoptés dans toutes les langnes, le latin devra donc guider notre choix. Je dis le latin, parce que cette langue est universellement enseignée, parce que, langue morte, elle ne peut froisser l'amour-propre d'aucun pays, parce qu'enfin le latin est la base de la plupart des langues vivantes actuelles et a servi à la composition de 70 o/o des mots employés dans le monde entier.

L'étude de la terminologie m'obligera, pour être clair, à faire la classification des anomalies au fur et à mesure que j'en discuterai et définirai les termes; je crois donc utile de placer en tête de ce travail le tableau résumant la classification de l'orthopédie dentaire.

ORTHOPÉDIE DENTAIRE

TERMES GÉNÉRAUX

Examinons tout d'abord le terme consacré à la dénomination de la science qui s'occupe de la correction des anomalies dentaires et dento-faciales.

Depuis quelques années le terme *orthodontie* a remplacé le terme ancien *orthopédie dentaire* ; je ne puis certes souscrire à cette innovation, les deux termes ayant leur place bien déterminée dans cette terminologie.

Définition. — *L'orthopédie dentaire est* le terme générique; il signifie : *la science qui traite de la correction des anomalies dentaires et dento-faciales.*

L'orthopédie dentaire comprend donc deux divisions bien

distinctes : 1° l'intervention doit avoir pour effet la correction des contours de la face et du profil dans la zone limitée par notre champ d'opération qui est la bouche ; en ce cas nous devons l'appeler *orthopédie dento-faciale ;*

2° L'intervention ne doit se faire que sur les dents, correction de malposition des dents ou des arcades (forme, rapports) ; nous l'appellerons *orthodontie.*

Au cours de cet exposé je serai appelé à employer les termes *mésial, distal, vestibulaire* (labial ou jugal), *lingual ;* ces termes n'étant pas exclusivement orthopédiques, je me contenterai de dire qu'ils me semblent tous bien appropriés ; seul le terme *buccal* peut prêter à confusion avec le terme *lingual ;* c'est pourquoi je lui préfère de beaucoup le terme *vestibulaire,* auquel, s'il y a lieu, on peut ajouter un qualificatif, *jugal* ou *labial,* suivant son application aux dents postérieures, prémolaires et molaires, ou aux six dents antérieures.

Je préfère ces termes à ceux de frontal, occipital, vertical, etc., employés en anatomie et en anthropologie, qui nous obligent à déterminer les faces des dents de façons différentes lorsque nous parlons d'incisives ou de molaires ; les termes mésial, distal prenant comme base de dénomination la ligne médiane séparant les incisives, ainsi que les termes vestibulaire, lingual, ayant pour base de dénomination le rapport des dents avec les parties les plus voisines de la bouche, me semblent plus rationnels parce qu'ils ne se prêtent pas à des interprétations différentes pour chaque dent.

Lorsque nous voulons indiquer que les dents n'occupent pas une place normale nous disons avec Angle : malocclusion ; ceci n'est cependant pas exact: malocclusion doit être réservé aux anomalies d'occlusion. Or, il se peut très bien qu'une dent n'occupe pas sa place normale et que cependant l'occlusion n'en soit pas modifiée d'une façon nuisible ; nous dirons donc, en parlant des dents n'occupant pas la place exacte qu'elles devraient avoir dans l'arcade, qu'elles sont irrégulièrement placées, il y aura *irrégularité* de l'arcade.

Irrégularité indique une anomalie de siège ou de direction d'une dent ; lorsqu'il y aura malocclusion, c'est *l'anomalie* qui sera dite de *malocclusion ;* de même lorsque l'arcade sera anormale de forme, elle sera irrégulière et l'anomalie sera dite : *anomalie de forme.*

Les arcades peuvent être très régulières, ne présenter aucune malocclusion et être anormalement placées par rapport aux maxillaires, comme dans les cas de double protrusion ou de double rétrusion : ce sont les anomalies de rapport des arcades avec les maxillaires.

Dans d'autres cas enfin nous pouvons avoir des arcades régulières, une occlusion parfaite, absence d'anomalie de rapport des arcades, mais des maxillaires anormalement placés par rapport aux autres parties de la face : en ce cas nous dirons qu'il y a *anomalies de rapport des maxillaires,* avec les autres parties de la face. Nous ne pouvons appeler malocclusion des cas d'anomalie dans lesquels l'occlusion est normale ou dans lesquels la malocclusion est due à une autre anomalie.

Nous examinerons donc les anomalies à quatre points de vue :

1° Anomalies dues à des rapports anormaux des dents entre elles ou avec l'arcade ;

2° Anomalies dues à des rapports anormaux des arcades coronaires entre elles ;

3° Anomalies dues à des rapports anormaux des arcades avec les maxillaires ;

4° Anomalies dues à des rapports anormaux des maxillaires avec les autres parties de la face.

Les deux premières divisions appartiennent à l'orthodontie, puisque la correction des anomalies qu'elles représentent entraîne la correction, le profil de la physionomie, et ce, par notre intervention sur les dents seulement, à l'aide d'appareils intra-buccaux.

Les deux dernières divisions appartiennent à l'orthopédie dento-faciale, puisque leur correction nécessite celle du profil et nous oblige à agir sur les maxillaires ou sur la portion

profonde de l'arcade (arcade radiculaire) et à nous servir d'appareils intra et extra-buccaux.

ORTHODONTIE

DÉFINITION. — *L'orthodontie est la science qui traite des anomalies de forme des arcades, des rapports anormaux des dents ou des arcades entre elles.*

Les rapports anormaux des dents d'une même arcade entre elles, ainsi que la forme anormale de l'arcade, s'appellent IRRÉGULARITÉS DE L'ARCADE.

Les rapports anormaux des arcades ou des dents antagonistes s'appellent MALOCCLUSIONS.

Ces anomalies sont de deux sortes :

1° Irrégularités — forme de l'arcade, malposition des dents ; 2° Malocclusions — rapports anormaux des dents ou des arcades antagonistes. Nous prendrons donc la parabole de l'arcade normale d'une part, l'occlusion d'autre part comme base de classification de ces anomalies.

Je rappelle, puisque je parle d'anomalies, que, quels que soient la ligne ou les points de repère pris pour base, cette base sera toujours fictive chez le sujet présentant l'anomalie ; il est donc logique qu'en orthopédie dento-faciale nous prenions le profil (considéré normal) comme base de comparaison ; en orthodontie, au contraire, il semble logique de prendre pour base l'occlusion normale ou la forme normale de l'arcade (suivant que l'anomalie de l'arcade est de rapport ou d'irrégularité), d'autant plus qu'avec les méthodes de Pont[1], avec l'indice dentaire de Hawley[2], avec sa table, il nous est facile de déterminer la forme exacte que devrait avoir une arcade donnée, nous inspirant du facies du sujet bien entendu.

1° Irrégularités de l'arcade.

L'arcade est dite irrégulière lorsque chaque dent

---

1. Voir *Odontologie* du 15 octobre 1906.
2. — — du 15 février 1907.

n'occupe pas dans cette arcade la place normale qu'elle devrait occuper par rapport à ses voisines, c'est-à-dire lorsqu'une ligne passant par l'axe mésio-distal des dents ne forme pas une parabole régulière.

Ces irrégularités sont de deux sortes :

A. *Elles sont dues à une anomalie de forme de l'arcade.*

B. *Elles sont dues à des anomalies de direction ou de siège des dents.*

La parabole normale de l'arcade nous sert donc de base de comparaison dans la classification comme dans le traitement de ces anomalies.

A. — ANOMALIES DE FORME DES ARCADES.

Ces anomalies sont dues à des variations exagérées du diamètre de la parabole formée par l'arcade normale.

Elles prennent suivant les auteurs des noms bien différents que nous allons étudier. Si le diamètre est trop grand nous disons en France qu'il y a extension, dilatation, diastolie.

Extension, du latin *extenso,* signifie action de tendre, de répandre ; ce terme est généralement employé pour indiquer notre action sur une arcade dont le diamètre est trop étroit ; ce terme n'est pas exact, car nous ne faisons pas l'action de tendre qui indiquerait que nous agissons sur les extrémités de l'arcade (tendre une corde) : notre action doit souvent se faire à un point déterminé de l'arcade, au niveau des canines par exemple, et en ce cas nous ne tendons pas, nous étendons, nous ouvrons, nous déplions.

Dilatation, du latin *dilatatio,* est synonyme d'extension, diffusion et signifie une augmentation de volume, linéaire en longueur, cubique en tous sens.

Diastolie, de diastole, mot provenant du grec et signifiant mouvement de dilatation du cœur, est le terme consacré en France pour indiquer le trop grand diamètre de l'arcade ; or, diastolie implique une idée de mouvement qui

n'existe pas, de plus il est dérivé de dilatation, terme auquel je puis opposer les mêmes raisons qu'à extension pour ne pas l'admettre.

Si le diamètre est trop petit, nous disons en France qu'il y a atrésie, rétraction, stysolie.

Atrésie (du grec α priver ; τρῆσις trou, est synonyme d'*imperforation*, du latin, négatif de *perforare* : percer) signifiant un vice de conformation qui consiste en ce qu'une ouverture naturelle, un canal, tel la bouche, l'anus, etc., qui devrait être libre et communiquer avec l'extérieur, se trouve fermer et sans issue (congénitale, ne pas confondre avec obturation pathologique) ; nous ne pouvons donc accepter ce terme, trop longtemps déjà consacré ; du fait que l'arcade est rétrécie l'ouverture buccale n'en communique pas moins avec l'extérieur.

Rétraction, du latin *retractio*, signifie raccourcissement, c'est l'opposé de dilatation et pour des raisons identiques nous ne pouvons l'employer. Quant au terme *systolie*, très peu employé, nous le préférons à atrésie ; il s'opposerait au terme diastolie actuellement employé en France pour l'anomalie contraire. Je ne pense pas cependant que nous puissions l'adopter pour les mêmes raisons qui nous ont fait rejeter diastolie.

Dilatation et extension sont en outre employés en français avec contraction pour indiquer le mouvement que nous ferons subir à une arcade trop étroite ou trop large.

Pourquoi du reste quatre termes différents, deux pour indiquer l'anomalie, deux autres le mouvement à opérer pour corriger cette anomalie ? Les Américains, en gens pratiques, ont adopté deux termes seulement : expansion et contraction ; ils disent qu'il y a expansion de l'arcade lorsque son diamètre est trop grand et ils appellent contraction le mouvement qu'ils impriment à cette arcade pour la ramener à son diamètre normal, et réciproquement d'une arcade rétrécie ils disent qu'il y a contraction de l'arcade, et l'intervention s'appellera l'expansion de cette arcade contractée.

Expansion, du latin *expando,* signifie étendre, ouvrir, déplier, déployer, étaler.

Contraction, du latin *contracto,* signifie resserrement, résultat de la contractibilité ; ce mot fut introduit en science par Bichat et signifie en physiologie la propriété vitale, élémentaire, irréductible, en vertu de laquelle l'élément anatomique ou la substance organisée change sa forme, *se raccourcit dans un sens et augmente de volume dans l'autre.*

N'est-ce point là ce qui se passe réellement dans ces anomalies et dans la correction d'une arcade contractée ? N'est-ce pas par la diminution de son diamètre antéro-postérieur que nous augmentons son diamètre latéral en faisant de l'expansion ? Je conclus donc en disant :

1° Il y a contraction de l'arcade lorsque le diamètre latéral de celle-ci est trop petit ; le mouvement destiné à rendre ce diamètre normal s'appelle : faire l'expansion de l'arcade (fig. 2) ;

2° Il y a expansion de l'arcade lorsque son diamètre latéral est trop grand ; le mouvement destiné à rendre ce diamètre normal s'appelle : faire la contraction de l'arcade (fig. 1).

B. — Anomalies de position des dents.

On dit qu'une dent est en malposition lorsqu'elle n'occupe pas dans l'arcade sa position normale par rapport à ses voisines.

Les malpositions peuvent être dues à :

1° Une anomalie de direction de la dent ;

2° Une anomalie de siège de la dent.

Les anomalies de direction et de siège sont confondues dans des termes divers selon les auteurs, mais semblables, quelle que soit l'anomalie. Je m'explique :

La nomenclature française emprunte à Gaillard les termes : rotation, latéroversion, antéversion, rétroversion. Les deux derniers termes s'appliquent en France aussi bien à l'anomalie de siège qu'à celle de direction — que la dent

soit en relation oblique avec ses voisines et qu'une partie seule de la dent se trouve ainsi placée hors l'arcade, ou que la dent soit déplacée en masse en dehors de l'arcade, nous disons antéversion ou rétroversion et nous ne précisons pas ainsi l'anomalie de direction dans le premier cas (direction oblique), de siège dans le deuxième cas (déplacement en masse) ; de même dans le premier cas nous ne précisons pas la portion de la dent qui n'est plus en rapport avec l'arcade ou ses voisines.

Les nomenclatures étrangères ne sont pas plus enviables. Case emploie les termes : malalignée, très général et imprécis ; maltournée, protrusion, rétrusion, qui ne peuvent s'appliquer qu'à des cas déterminés. Protrusion et rétrusion, par exemple, indiquent bien que l'organe est placé en dehors ou en dedans de l'arcade. Angle, lui, se plaçant au point de vue des rapports occlusaux des dents seulement, dit : disto-occlusion, mésio-occlusion (pour latéroversion), bucco-occlusion (pour antéversion), linguo-occlusion (pour rétroversion) ; ces termes ont leur valeur lorsque l'anomalie de direction ou de siège est accompagnée d'une anomalie d'occlusion. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; dans les cas de protrusion ou d'antéroversion antérieurs des deux arcades coronaires par exemple, l'occlusion peut très bien être normale et l'anomalie de direction ou de siège due à une diastase au niveau de la première prémolaire et de la canine par exemple, ou à une infra-occlusion des molaires.

La plupart de ces termes trouvent leur place dans cette terminologie ; je me permettrai donc à l'occasion d'ouvrir une parenthèse et de chercher l'explication et l'application rationnelle de chacun d'eux ; trop souvent antéversion et rétroversion sont confondus avec protrusion et rétrusion, quelquefois même avec prognathisme et opisthognatisme ou réciproquement.

1° ANOMALIE DE DIRECTION. — *On appelle anomalie de direction l'anomalie de position d'une dent dont l'axe n'est pas parallèle à celui de ces voisines.*

Nous plaçant toujours au même point de vue, c'est-à-dire

des rapports de la dent avec les organes des parties buccales voisines, lorsque nous voudrons désigner une anomalie de position d'une dent, nous prendrons comme base de comparaison l'arcade normale.

Mais les rapports de cette dent avec l'arcade ne seront anormaux que coronairement ou radiculairement, suivant que l'anomalie de direction sera corono-radiculaire, la couronne étant en rapport normal avec l'arcade coronaire ou radiculo-coronaire, l'apex étant en rapport normal avec l'arcade coronaire ; il nous faut donc considérer deux arcades :

1° *L'arcade radiculaire ;*

2° *L'arcade coronaire.*

Antéversion (du latin *ante,* en avant, et version : verser, incliner) signifie versé en avant.

Antéversion, par son nom version, indique donc une anomalie de direction.

Au contraire, protrusion indique, nous le verrons, un déplacement total hors de l'arcade ; c'est une anomalie de siège.

Quant à prognathisme, nous verrons plus loin qu'il ne peut et ne doit s'appliquer qu'aux anomalies de maxillaires.

L'ANTÉVERSION *est une anomalie de direction d'une dent, dont l'axe est oblique en dehors de l'arcade par rapport à celui de ses voisines.*

Une partie seulement de cette dent se trouvant en dehors de l'arcade, nous sommes obligés de préciser si c'est l'apex ou le bord libre de la dent qui se trouve placé hors l'arcade.

L'antéversion est radiculaire si la direction oblique part du bord libre de la dent (en rapport normal avec l'arcade coronaire), se dirige en avant et en dehors vers l'apex qui n'occupe pas la place qu'il devrait sur l'arcade radiculaire formée par les dents voisines normalement placées (fig. 3).

L'antéversion est coronaire si la racine se trouve en rapport normal avec l'arcade radiculaire et que la di-

rection oblique, en dehors de la dent, parte de l'apex (fig. 4).

LA RÉTROVERSION *est une anomalie de direction d'une dent dont l'axe est oblique en dedans de l'arcade par rapport à celui de ses voisines.*

La rétroversion est radiculaire si la direction oblique part du bord libre de la dent (en rapport normal avec l'arcade coronaire), se dirige en dehors et en dedans de l'arcade vers l'apex qui n'occupe pas la place qu'il devrait sur l'arcade radiculaire formée par les dents voisines normalement placées (fig. 5).

La rétroversion est coronaire si la racine se trouve en rapport normal avec l'arcade radiculaire et que la direction oblique, en dedans de la dent, parte de l'apex (fig. 6).

LA LATÉROVERSION *est une anomalie de direction d'une dent dont l'axe est oblique dans une direction mésio-distale par rapport à la direction normale de ses voisines.*

Cette dent ne se trouve donc pas en dehors de la ligne de l'arcade.

La latéroversion est coronaire si l'apex occupe sa place normale et que la direction oblique de la dent parte de l'apex, la couronne se trouvant occuper une position mésiale ou distale à la normale (fig. 9 et 10).

La latéroversion est radiculaire lorsque la direction oblique de la dent part de la couronne qui occupe sa place normale, l'apex occupant alors une position mésiale ou distale à la normale (fig. 7 et 8).

Ces qualifications d'antéversion coronaire ou radiculaire sont importantes, car elles précisent la direction de la dent en même temps que la portion de cette dent qui se trouve occuper la position anormale la plus marquée ; or, le traitement d'une antéversion, rétroversion ou latéroversion diffère selon que l'anomalie est coronaire ou radiculaire. Le traitement d'une antéversion coronaire est simple et nécessite un simple mouvement en avant, mouvement dit d'in-

clinaison, qui s'effectue par une pression ou traction au niveau de la couronne, aussi près que possible du bord libre.

Au contraire, l'antéversion radiculaire, souvent confondue avec la rétroversion, nécessite un mouvement de traction de la racine, tandis que la couronne est maintenue à son bord libre ; ce mouvement nécessite l'emploi d'appareils importants que Farrar indiqua et dont Case s'est fait le champion : je veux dire le « contourning apparatus ».

Il est bien évident qu'une dent en antéversion radiculaire ne peut être corrigée comme cela s'est fait, j'eus le regret de le constater, en poussant en avant la couronne dont le bord libre occupait une position normale, opération faite en violation flagrante des règles les plus élémentaires d'esthétique faciale, une des bases de l'orthopédie dentaire.

Considérant comme utile de préciser par le terme si l'antéversion, la rétroversion ou la latéroversion sont coronaires ou apicales, nous sommes amené à préciser le terme latéroversion qui par lui-même nous indique bien la direction oblique latérale, mais ne nous dit pas si la dent est dirigée obliquement vers la ligne médiane ou au contraire vers la portion postérieure ou distale de l'arcade.

Nous sommes donc amené à dire :

La latéroversion est mésiale lorsque la direction de la dent est oblique vers la ligne médiane et que la portion de cette dent (bord libre-apex) la plus éloignée de sa position normale occupe une place plus rapprochée de la ligne médiane qu'elle ne devrait normalement. Et réciproquement la latéroversion est dite distale.

Nous traduirons donc, pour abréger :

Latéroversion radiculaire mésiale = mésio-version-radiculaire (fig. 7).
— — distale = disto-version radiculaire (fig. 8).
— coronaire mésiale = mésio-version coronaire (fig. 9).
— — distale = disto-version coronaire (fig. 10).

Il nous reste maintenant une dernière anomalie de direction : la dent s'est déplacée en pivotant autour de son axe. J'ai nommé la rotation sur l'axe, ce terme ne peut être confondu et il est juste de le conserver ; certes nous ne trouverons pas mieux. Angle nous a proposé torso-occlusion ; outre que cette anomalie n'est pas une anomalie d'occlusion, je crois que le mot torso ne peut être admis, la dent n'ayant subi aucun mouvement de torsion, elle a tourné autour de son axe vertical, il y a donc rotation et non torsion.

LA ROTATION SUR L'AXE *est une anomalie de direction d'une dent ayant tourné autour de son axe vertical et occupant alors une position anormale dans l'arcade par rapport à ses voisines* (fig. 11).

2° ANOMALIE DE SIÈGE. — Je n'entends pas envisager les anomalies de siège par hétéropie exagérée, hors l'arcade, voire même hors la cavité buccale ; ces anomalies ressortent du traitement chirurgical et non de l'orthodontie. J'entends *par anomalie de siège en orthodontie, le déplacement rectiligne d'une dent en dehors ou dedans de l'arcade formée par ses voisines ou le déplacement rectiligne mésialement ou distalement de cette dent.*

Ce déplacement rectiligne, c'est-à-dire en masse, est trop souvent confondu dans les nomenclatures actuelles avec antéversion ou le prognathisme ; le prognathisme, je l'ai dit, ne s'applique qu'aux maxillaires dans les anomalies de direction comme l'antéversion, c'est l'axe de la dent qui n'est pas dans une *direction* normale par rapport à celui des dents voisines ; dans l'anomalie de siège la dent dans son axe se trouve placée en dehors de la ligne formée des autres dents, mais l'axe tout entier est déplacé. Ces anomalies prendront le nom de :

Protrusion, du latin, protrudo, pro, en avant, en dehors trudo-jeter, signifie jeter, pousser en arrière de l'arcade.

Rétrusion, du latin, retrudo-retro en arrière, trudo, jeter, signifie jeter, pousser en arrière de l'arcade.

Le premier terme indique que la dent est placée en

dehors de l'arcade, le deuxième en dedans de l'arcade.

La protrusion *est une anomalie de siège d'une dent placée en dehors de l'arcade, mais dont l'axe est en direction normale par rapport à ceux de ses voisines* (fig. 12).

La rétrusion *est une anomalie de siège d'une dent placée en dedans de l'arcade, mais dont l'axe est en direction normale par rapport à ceux de ses voisines* (fig. 13).

Le déplacement en masse peut ne pas être en dehors de l'arcade, la dent peut se trouver sur la ligne parabolique normale formée par les dents, mais ne pas occuper la place exacte qu'elle devrait dans cette arcade. Elle peut être rapprochée, et cela en masse (ne pas confondre avec latéroversion) de la ligne médiane ou réciproquement ; nous sommes donc obligé d'introduire deux termes nouveaux : je proposerai :

Mésiotrusion, qui signifie placé vers la ligne médiane.

Distotrusion signifiera rejeter, chasser de la ligne médiane, placé vers la position distale de l'arcade.

La mésiotrusion *est une anomalie de siège d'une dent ne débordant pas l'arc formé par toutes ses voisines, mais occupant dans cet arc une place mésiale à celle qu'elle devrait occuper normalement, l'axe de cette dent étant en direction normale* (fig. 14).

La distotrusion *est l'anomalie réciproque de la dent se trouvant placée dans son axe normal, dans l'arcade, mais en position distale à la normale* (fig. 15).

Il est important de différencier les termes indiquant cette anomalie des termes antéversion ou rétroversion ; le traitement étant essentiellement différent pour les anomalies de siège, nous emploierons des appareils permettant de faire exécuter à la dent un *mouvement rectiligne.*

*
* *

Après avoir étudié les irrégularités de l'arcade dues à une forme anormale de l'arcade ou à des rapports anormaux des

dents d'une même arcade entre elles, c'est-à-dire les anomalies de direction ou de siège, nous devons étudier en orthodontie les anomalies de rapport des dents antagonistes ou des arcades entre elles : ce sont des anomalies d'occlusion ; nous les nommerons malocclusion.

2° Malocclusion.

On appelle malocclusion toute anomalie de rapport des arcades ou des dents antagonistes entre elles.

La base de comparaison nous permettant de dénommer et classifier ces anomalies est l'occlusion ; c'est pourquoi nous disons, lorsque l'occlusion n'est pas normale, qu'il y a malocclusion. Nous considérons deux genres de malocclusion :

A. La malocclusion due à des rapports de dents antagonistes anormaux, les arcades étant en rapports normaux entre elles, que nous appelons malocclusion des dents.

B. La malocclusion due à des rapports occlusaux anormaux des arcades (il est donc bien entendu que, seule, l'arcade coronaire est considérée de cette classe), que nous appellerons malocclusion des arcades.

A. — Malocclusion des dents antagonistes.

Une dent est en malocclusion avec ses antagonistes lorsque les faces occlusales de ces dents ne se rencontrent pas normalement, les maxillaires étant en état d'occlusion.

Et nous ne pouvous pas, je pense, trouver de termes mieux appropriés que ceux choisis par Angle.

Angle dit que les anomalies d'occlusion sont au nombre de sept :

1° Lorsqu'une dent se trouve rapprochée de la ligne médiane, Angle dit qu'elle est en mésio-occlusion ;

2° Dans le cas contraire il dit en disto-occlusion ;

3° En dehors de l'arcade : bucco-occlusion, terme auquel nous préférons celui de vestibulo-occlusion ou occlusion-vestibulaire qui ne prête pas à confusion avec :

4° Linguo-occlusion, qui est consacré aux dents occupant une position en dedans de l'arcade ;

5° Lorsqu'une dent dépasse la ligne d'occlusion formée par ses voisines, Angle dit supra-occlusion. Vous pensez avec moi combien ce terme est préférable à celui d' « élongation » employé en France, qui semble dire que la dent s'est allongée. Je préfère supra-occlusion au terme indiqué par C. Case, « extrusion ». En effet, supra en latin signifie sur, par-dessus, au delà, outre, en sus de, etc ; allié au mot occlusion, il veut dire que la face triturante de la dent se trouve en sus, au delà de la ligne d'occlusion. Extrusion, du latin *extrudo*, signifie pousser dehors, chasser, forcer de partir ; il signifie le mouvement que nous imprimons à la dent insuffisamment évoluée et que nous voulons amener en contact avec ses antagonistes. C'est le terme que nous emploierons pour indiquer le mouvement à faire subir à une dent en :

6° Infra-occlusion, qu'Angle a donné à une dent n'occludant avec son antagoniste et se trouvant ainsi en deçà de la ligne d'occlusion.

Infra en latin signifie sous, au-dessous, en deça, etc. ; associé au mot occlusion il nous indique donc bien que la dent n'atteint pas la ligne d'occlusion et, pour la raison déjà énoncée, je le préfère au terme de Case : intrusion, qui signifie pousser dedans, introduire, et que nous adopterons pour indiquer le mouvement à opérer pour corriger la supra-occlusion ;

7° Angle emploie enfin le terme torso-occlusion que nous avons déjà critiqué, la dent n'étant pas en torsion, mais en rotation sur son axe, anomalie que, je ne le pense pas du moins, nous ne pouvons considérer comme anomalie d'occlusion, la malocclusion étant en ce cas secondaire et corrigée dès que la dent aura pivoté sur elle-même dans le mouvement que nous lui imprimerons pour lui donner sa direction normale.

Les malocclusions des dents antogonistes peuvent donc être divisées en trois groupes :

1° Malocclusion	disto-mésiale	comprenant	mésio-occlusion. disto-occlusion.
2° —	linguo-vestibulaire	—	vestibulo-occlusion. linguo-occlusion.
3° —	des surfaces occlusales	—	supra-occlusion. infra-occlusion.

Une dent est en mésio-occlusion *lorsque son engrénement avec ses antagonistes est anormal, sa surface occlusale occupant une place mésiale à celle qu'elle devrait occuper normalement* (fig. 16).

Une dent est en disto-occlusion *lorsque son engrénement avec ses antagonistes est anormal, sa surface occlusale occupant une place distale à celle qu'elle devrait occuper normalement* (fig. 17).

Une dent est en occlusion-vestibulaire *lorsque son engrénement avec ses antagonistes est anormal, sa surface occlusale se trouvant en dehors de l'arcade coronaire normale formée par les autres dents* (fig. 18).

Une dent est en linguo-occlusion *lorsque son engrénement avec ses antagonistes est anormal, sa surface occlusale se trouvant en dedans de l'arcade coronaire normale* (fig. 19).

Une dent est en supra-occlusion *lorsque sa surface occlusale dépasse le plan d'occlusion formé par ses voisines* (fig. 20). Le mouvement destiné à corriger cette anomalie s'appelle *l'intrusion*.

Une dent est en infra-occlusion *lorsque sa surface occlusale n'atteint pas le plan d'occlusion de ses antagonistes (normales)* (fig. 21). La correction de cette anomalie s'appelle *l'extrusion*.

(A suivre.)

L'ABCÈS PÉRIOSTIQUE JUXTA-AMYGDALIEN ODONTOGÈNE[1].

Par M. A. Gibert, de Carmaux.

L'abcès périostique de la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur se manifeste par un ensemble de symptômes qui lui donnent une individualité morbide bien définie. Notre maître, M. le docteur Escat (de Toulouse), a eu la bonne fortune d'en observer une quinzaine de cas, nous avons pu personnellement en voir évoluer un des plus typiques. Nous allons avec ces documents essayer d'en esquisser la description.

Il nous a paru d'autant plus intéressant de le signaler à l'attention des praticiens que son origine buccale et sa localisation pharyngée semblent, jusqu'à présent, l'avoir soustrait à l'observation des dentistes et des laryngologistes.

Cet abcès périostique, que nous avons appelé aussi juxta-amygdalien à cause de l'importance de sa localisation, est presque toujours d'origine dentaire. Il survient généralement à la suite de l'évolution ou de la carie de la dent de sagesse et beaucoup plus rarement à la suite de l'évolution des dents de six et douze ans.

Il semble n'exister que dans la race blanche ; les nègres en sont exempts au même titre que pour les autres accidents de la dent de sagesse.

Les trois conditions indispensables pour qu'il y ait « inflammation suppurative » du périoste sont ici heureusement réunies :

---

1. M. E. Escat (de Toulouse) a décrit il y a quelque temps une forme particulière d'abcès dû à la dent de sagesse; M. A. Gibert, son élève vient de consacrer à ce sujet une intéressante thèse qu'il a bien voulu résumer pour nos lecteurs dans cet article, dont nous le remercions.

a) Le *germe infectieux* est fourni par la flore microbienne de la bouche.

b) La *porte d'entrée* par la carie de la dent de sagesse, ou par le capuchon muqueux qui recouvre cette dent en évolution ou encore par une éraillure gingivale même imperceptible. D'aucuns ont pu prétendre avec vraisemblance que l'agent infectieux passait à travers la gencive amincie par le processus éruptif.

c) La *prédisposition physiologique de l'os.* — La localisation du centre d'accroissement de l'os maxillaire inférieur entre la dernière molaire et la branche montante, et, d'autre part, la prolongation de la période de formation qui serait causée par l'évolution tardive de la dent de sagesse, suffisent à établir ici l'existence d'une « zone de prolifération physiologique », qui deviendra très facilement la « zone des processus pathologiques ».

La situation de la troisième molaire en dedans de la branche montante, chez les Européens, favorise aussi la propagation de l'infection vers le périoste de cette partie de l'os maxillaire. Chez les nègres (c'est ce qui explique leur immunité), la troisième molaire est située à quatre millimètres en avant de la branche montante par suite du plus grand développement de cet os.

Anatomie pathologique.

Les lésions du périoste sont les lésions banales de toute périostite phlegmoneuse.

L'abcès occupe l'espace limité : en bas et en arrière, par l'insertion maxillaire du muscle ptérygoïdien interne, en haut et en avant par le bord tranchant de la branche montante du maxillaire, origine de la ligne oblique externe. Il peut s'étendre en haut jusqu'à l'apophyse coronoïde, où est inséré le temporal, et descendre en bas en avant de l'insertion du ptérygoïdien.

Les rapports de l'abcès ainsi constitué sont particulièrement intéressants.

Tout d'abord, tout contre la branche montante de l'os,

l'artère et le nerf dentaires qui pénètrent dans le canal dentaire et le nerf lingual qui passe un peu en avant, traversent la collection.

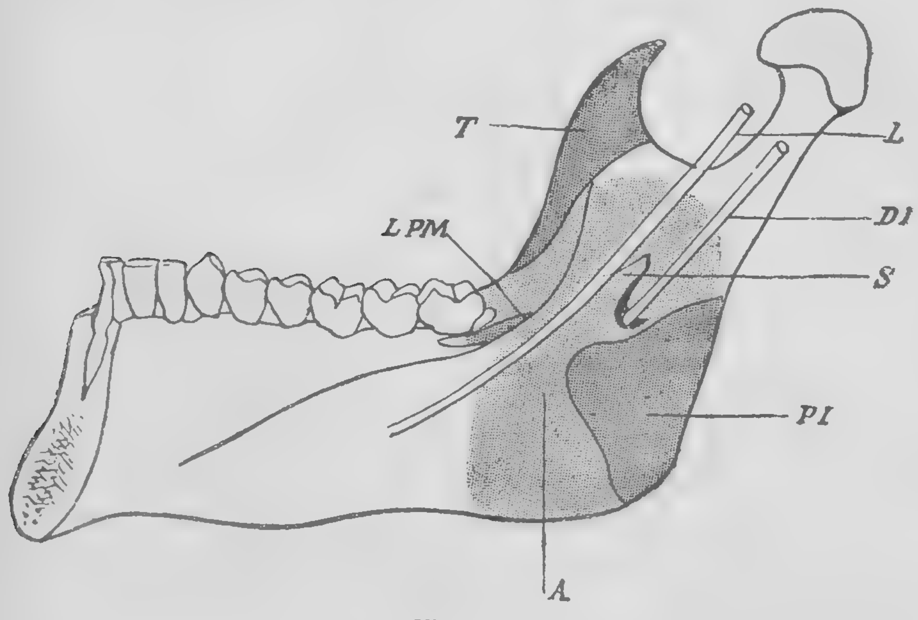


Fig. 1.

Schéma montrant la topographie de l'abcès périostique de la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur et les rapports de la collection avec les principaux organes de la région.
A, territoire de l'abcès ; L, nerf lingual ; D I, nerf dentaire inférieur ; S, épine de Spix ; T, insertion du muscle temporal ; P I, insertion du ptérygoïdien externe ; L P M, insertion du ligament ptérygo-maxillaire sur lequel s'insèrent le buccinateur et le faisceau mytoïdien du constricteur supérieur.

En arrière, le muscle ptérygoïdien interne, en s'écartant de l'os, laisse l'abcès venir au contact de la loge parotidienne. Ce même muscle est réuni au constricteur supérieur du pharynx par des tractus celluleux qui se détachent de son bord interne et il limite ainsi la loge de l'abcès en la séparant de la loge pré-stylienne située en arrière (voir Fig. 2, coupe horizontale de cette région).

Du côté interne l'abcès est en contact avec le constricteur supérieur du pharynx et, par son intermédiaire, avec le

pilier antérieur et l'amygdale qui doublent ce muscle du côté du pharynx.

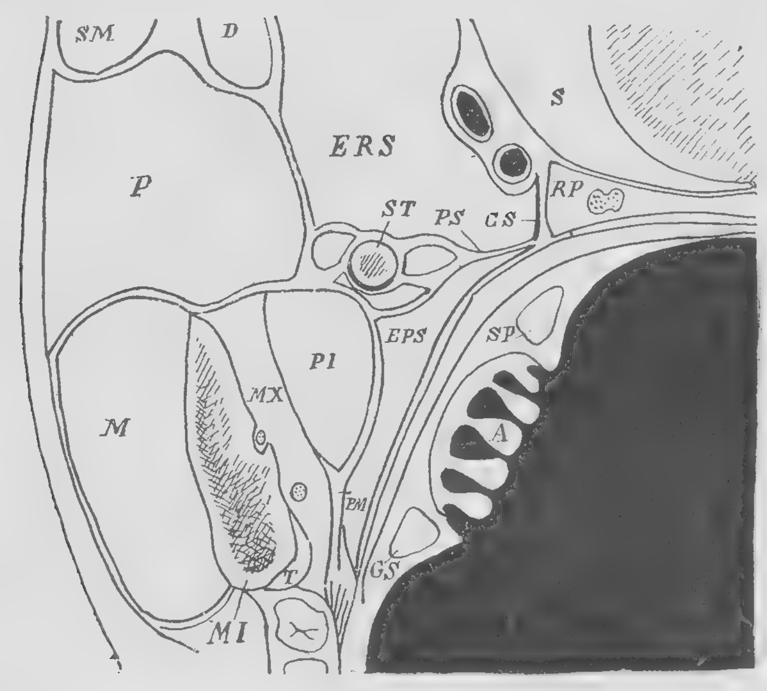


Fig. 2.

Coupe semi-schématique de la paroi latérale droite du pharynx, au-dessus de l'insertion du ptérygoïdien interne au maxillaire inférieur.

P, loge parotidienne ; M, masséter ; M I, branche verticale du maxillaire inférieur ; P I, ptérygoïdien interne ; S T, apophyse styloïde entourée des muscles styliens ; R P, espace rétro-pharyngien ; E R S, espace rétro-stylien ; E P S, espace pré-stylien ; M X, intervalle ptérygo-maxillo-pharyngien (territoire de l'abcès périostique) contenant le nerf dentaire inférieur et le nerf lingual ; P M, ligament ptérygo-maxillaire ; T, insertion coronoïdienne du muscle temporal ; S, muscle scalène ; C S, cloison sagittale ; P S, aponévrose stylo-pharyngienne ou aileron du pharynx ; G S, glosso-staphylin (pilier antérieur) ; S P, salpingo-pharyngien (pilier postérieur).

Symptomatologie.

L'abcès juxta-amygdalien est, le plus souvent, précédé par une période prémonitoire, de durée variable, caractérisée par des douleurs dentaires. Ces douleurs peuvent toutefois faire défaut, surtout lorsque l'éruption de la dent de

sagesse est très lente, comme cela se produit quand elle arrive à un âge avancé.

A cette période odontalgique, succède, presque toujours, une période de durée variable, pendant laquelle se produit une accalmie trompeuse. La durée en est souvent assez longue pour faire oublier au malade les douleurs dentaires causes de son mal et, lorsque l'abcès éclatera, le malade n'attirera l'attention du médecin que vers les accidents pharyngés.

C'est d'ailleurs par ces accidents que débute parfois d'emblée la maladie. Dès le début, la fièvre varie entre la normale et 38° ou 39°, et bientôt apparaissent les trois symptômes cardinaux de l'affection : douleurs pharyngo-maxillo-linguales, dysphagie et trismus.

Douleurs pharyngo-maxillo-linguales. — La partie du pharynx correspondant à l'abcès est fortement endolorie. Sur le maxillaire, la douleur s'étend rapidement du point initial à tout le corps de l'os, rendant intolérable la moindre pression. Le nerf dentaire peut être atteint d'un certain degré de névrite, qui se traduit par de la douleur au niveau de chaque dent de l'hémi-maxillaire, et par une zone d'anesthésie au point d'émergence, le trou mentonnier. Les lésions du nerf lingual donnent lieu aussi à des douleurs dans la moitié de la langue, du côté de la lésion.

Dysphagie. — La dysphagie est intense, à la fois « mécanique et douloureuse ».

En effet, les piliers du voile et l'amygdale sont repoussés en dedans par la tuméfaction de l'abcès et ils rétrécissent d'autant l'isthme pharyngien.

D'autre part, le constricteur supérieur du pharynx et le ligament ptérygo-maxillaire participent aussi à l'inflammation, et tout mouvement de déglutition qui les met en jeu est horriblement douloureux.

Trismus. — La contracture des mâchoires, réflexe au début, devient très rapidement inflammatoire et ne cède pas au chloroforme. Elle est probablement due à un certain degré de myosite des muscles masticateurs et du ligament ptérygo-maxillaire.

La contracture s'installe progressivement, suivant la marche de l'inflammation. Lorsqu'elle est arrivée à son paroxysme, elle permet à peine un écartement maximum d'un centimètre. Elle cède très lentement et persiste longtemps après la disparition des autres symptômes.

C'est le plus souvent lorsque le trismus est déjà invincible que le malade se présente à l'examen. Il faut alors se contenter de faire un examen sommaire par le vestibule jugogingival avec un abaisse-langue placé de champ (ainsi que l'indique la Figure 3).

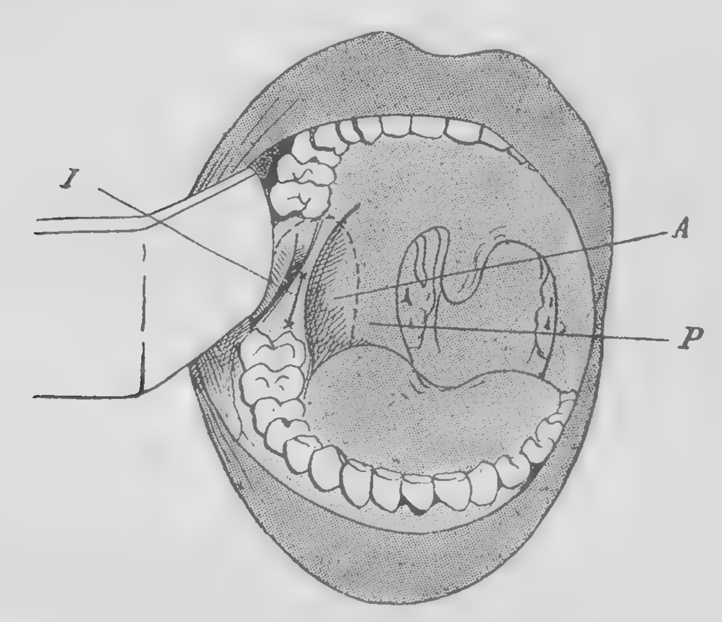


Fig. 3.

Sur cette figure, destinée à montrer la situation du foyer phlegmoneux, il a été fait abstraction du trismus.

A la faveur de l'écartement de la joue obtenu avec l'abaisse-langue placé latéralement, on reconnaît au centre du foyer le bourrelet ptérygo-maxillaire qui s'étend verticalement en arrière et au-dessus de la dernière molaire inférieure.

A, territoire de l'abcès, limité par une ligne en pointillé; P, pilier antérieur élargi et refoulé vers la ligne médiane; I, tracé de l'incision sur le bourrelet ptérygo-maxillaire.

La perte de quelques dents pourra faciliter cet examen.

On pourra apercevoir une dent de sagesse cariée ou en évolution, puis le ligament ptérygo-maxillaire sous la

forme d'un bourrelet rouge et œdémateux. Le pilier antérieur et l'amygdale sont aussi fortement phlegmasiés, et repoussés en dedans au point d'obstruer presque complètement l'isthme bucco-pharyngé.

On remarquera en outre à l'extérieur une tuméfaction plus ou moins volumineuse de l'angle du maxillaire et la douleur irradiée à l'os par la pression en ce point.

Terminaison. — Il est rare que la périostite se termine par résolution, cette terminaison est d'ailleurs toujours très lente.

La lésion évolue beaucoup plus souvent vers la suppuration, mais cette évolution n'est pas plus rapide et l'ouverture spontanée de l'abcès n'a lieu que du septième au quinzième jour.

Cette ouverture se fait soit autour de la troisième molaire après décollement du tissu gingival, soit à la base du bourrelet ptérygoïdien, soit à l'extérieur au-dessous de l'angle du maxillaire.

Plus rarement le pus se fait jour vers la bouche en passant à travers l'amygdale, soit vers l'espace pré-stylien en arrière du ptérygoïdien interne. Ces deux migrations contribuent puissamment à le faire confondre avec l'abcès péri-amygdalien.

Le pus, passant au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, peut provoquer un phlegmon du plancher de la bouche ; en passant au-dessous de ce même muscle il donne lieu à un phlegmon secondaire de la région antérieure du cou.

On a observé l'envahissement de l'articulation temporo-maxillaire et le développement consécutif d'une arthrite suppurée.

L'abcès périostique laisse souvent après lui une ou plusieurs fistules dont la durée peut être très longue.

Lorsque la suppuration a duré très longtemps ou que l'inflammation a été très violente d'emblée, la lésion aboutit à la nécrose d'une partie du maxillaire.

On observe rarement la constriction définitive des mâchoires, qui serait due à une ankylose de l'articulation

temporo-maxillaire ou à la rétraction cicatricielle des muscles masticateurs et du ligament ptérygo-maxillaire.

DIAGNOSTIC. — Il sera facile lorsque l'évolution des trois symptômes cardinaux succédera à des douleurs dentaires bien caractérisées. Mais il y a de nombreuses causes d'erreur et il importe d'en faire le diagnostic avec plusieurs affections qui ont avec l'abcès périostique de nombreux points communs.

Adéno-phlegmon sous-angulo-maxillaire. — Cette affection a souvent la même origine que l'abcès juxta-amygdalien, mais elle débute par une tuméfaction des ganglions et du tissu péri-ganglionnaire située au-dessous du maxillaire et qui au début en est séparée par un sillon dépressible.

La douleur est plus tardive et n'a pas le triple caractère symptomatique de l'abcès périostique. Le trismus est moins irréductible et dure beaucoup moins longtemps.

Abcès péri-amygdalien. — La collection dans la péri-amygdalite phlegmoneuse occupe le recessus palatin ou bien l'espace pré-stylien. C'est dans ce dernier cas surtout qu'il se confond facilement avec l'abcès périostique juxta-amygdalien.

Cependant dans les cas typiques il s'en distingue par les symptômes suivants :

L'abcès péri-amygdalien, précédé presque toujours par de l'amygdalite cryptique, débute par de la dysphagie qui, dans la suite, devient horriblement douloureuse et ne permet même pas le passage des liquides.

Le trismus est tardif, moins accentué et cède au chloroforme.

La douleur au pharynx est très vive, spontanée, et s'accompagne de troubles de la phonation et de la respiration.

On ne provoque pas la douleur en touchant l'angle du maxillaire, mais en touchant le pilier antérieur à hauteur du tiers supérieur, point culminant de la collection.

L'ouverture spontanée de l'abcès se fait au niveau de la fossette sus-amygdalienne.

Parotidite. — La parotidite ne se développe généralement que sur des sujets déjà déprimés et s'accompagne de phénomènes généraux graves.

La tuméfaction siège plus haut, les douleurs sont plutôt faciales. L'examen du pharynx, s'il est possible lèvera tous les doutes. L'évolution est d'ailleurs beaucoup plus rapide.

Arthrite temporo-maxillaire. — Ce diagnostic est assez difficile lorsque le trismus est absolu. Cependant le prognathisme de la mâchoire inférieure, le gonflement douloureux et la rougeur préauriculaire seront de précieuses indications.

Traitement. — Le traitement médical se bornera à des lavages antiseptiques de la bouche ou des calmants (compresses chaudes et badigeonnages de cocaïne).

Le traitement chirurgical sera seul curatif. Il consistera soit dans l'extraction de la dent de sagesse s'il est possible, soit dans la simple incision chirurgicale. Cette incision peut porter sur trois points :

Voie buccale. — 1° Rebord gingival rétro-molaire. Cette incision est peu commode et se prête mal à l'évacuation totale du pus. Elle est souvent utile pour calmer les douleurs gingivales et mettre à nu la couronne de la dent de sagesse.

2° Base du ligament ptérygo-maxillaire.

Le ligament ptérygo-maxillaire revêt la forme d'un bourrelet placé en avant du pilier antérieur de l'amygdale et s'étendant du maxillaire inférieur à l'apophyse ptérygoïde.

En dehors de lui la muqueuse buccale se déprime entre ce ligament et le bord tranchant du maxillaire inférieur sous la forme d'une fossette triangulaire. C'est sur cette surface que devra porter l'incision longue de 1 centimètre et verticale. Elle devra être poussée assez profondément pour traverser le muscle buccinateur sous-jacent et atteindre l'os.

Voie cutanée. — Lorsque l'abcès a tendance à pointer

vers l'angle de la mâchoire, il vaudra mieux inciser par cette voie.

Après anesthésie locale à la cocaïne ou mieux anesthésie générale, on pratique une incision curviligne de 3 centimètres en arrière de l'émergence de l'artère maxillaire.

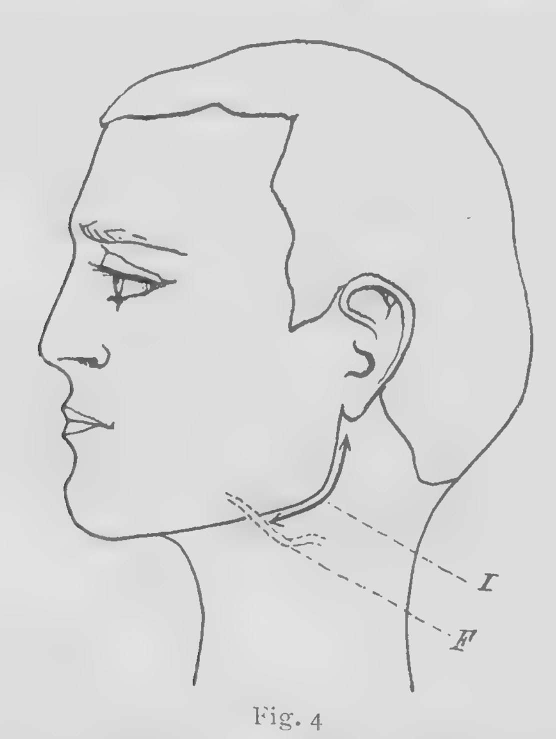


Fig. 4
I, incision sous-angulo-maxillaire.
F, limite antérieure extrême de l'incision, marquée par le passage de l'artère faciale (indiquée en pointillé).

On passe ensuite une sonde recourbée au-dessous de l'angle maxillaire et, sans perdre contact avec la face interne de cet os, on va en se dirigeant en haut et en avant à la recherche de la collection. On peut ensuite, après avoir dilaté le trajet à l'aide d'un dilatateur gouttière, placer un drain dans la plaie.

Dans le cas où cette incision ne donnerait pas issue au pus, il faudra le rechercher en prolongeant en haut la partie verticale de l'incision.

Nous ne parlerons que pour mémoire du traitement des

complications. Dans le cas de nécrose, après l'extraction du séquestre, il faudra le plus souvent placer un appareil prothétique que l'on réduira au fur et à mesure de la régénération de l'os par le périoste.

Pour la contracture définitive des mâchoires, la résection du ligament ptérygo-maxillaire et la mobilisation progressive dans les cas bénins, la résection de l'os dans les cas plus graves nous paraissent les seuls remèdes.

La seule thérapeutique prophylactique réellement efficace consiste dans le traitement efficace et opportun des anomalies et des accidents de la dent de sagesse et dans une hygiène buccale sérieuse[1].

---

1. *M. Roy.* — Les accidents de la dent de sagesse et leur traitement (*Odontologie*, 15 mars 1906)

L'ANESTHÉSIE PULPAIRE PAR LES INJECTIONS DE COCAINE ADRÉNALINE

Par M. H. DREYFUS,
Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 1er décembre 1908.)

Les travaux récents sur l'anesthésie pulpaire et dentinaire par la novocaïne ont déterminé dans la profession une profonde sensation. Chacun leur fit un accueil en rapport avec son propre tempérament ; pour moi, c'est avec enthousiasme que j'accueillis l'idée de ce procédé d'anesthésie pulpaire, et avec allégresse que je la mis aussitôt en pratique. Les conséquences en étaient, en effet, singulièrement importantes : la dévitalisation aseptique, rapide, indolore, ne devait plus être qu'un jeu, et la préparation des cavités n'allait plus constituer un prétexte à l'exagération de nos patients, souvent disposés à voir en nous des tortionnaires : on allait pouvoir faire de bonne dentisterie *tuto, cito,* et surtout *jucunde.*

Cependant, une fois calmé l'enthousiasme des premières heures, il m'a semblé qu'à la suite des communications de MM. Quintin et Pitot, écrites et verbales [1], il s'était créé chez beaucoup d'entre nous un état d'esprit tel qu'il en résultait un véritable malentendu sur l'application de la méthode d'anesthésie pulpaire. C'est à essayer de dissiper ce malentendu qu'est destiné cet article.

Des travaux auxquels je viens de faire allusion, il semble en effet se dégager cette notion que la novocaïne-suprarénine jouit d'une vertu particulière pour l'anesthésie pulpaire, et qu'elle en est, en somme, le spécifique. En recherchant le fin du fin, la quintessence de la méthode, on a même été jusqu'à prétendre, et cela d'une façon très affirmative, différencier les résultats obtenus selon que le médi-

1. V. *Odontologie*, 15 août 1908, p. 108, 15 décembre, p. 504.

cament est d'une origine ou d'une autre. Sans la novocaïne de la maison X... point de salut, tel semblait devoir être l'article de foi du parfait anesthésiste. Cet état d'esprit était tellement réel, que possédant, grâce à l'amabilité très obligeante de M. Quintin, un tube de comprimés de novocaïne, il me souvient d'avoir excité l'envie de nombreux confrères, comme si j'eusse possédé, en réalité, un talisman contre la douleur.

Eh bien ! il faut en rabattre, il faut que s'évanouisse ce parfum de légende, il faut que se dissipe l'atmosphère de ce merveilleux toujours si attrayant, qui s'est créée autour de ce médicament. Comme à l'ordinaire, la vérité est plus simple, beaucoup plus simple : Ayez une seringue quelconque, des ampoules contenant avec de l'adrénaline l'anesthésique que vous voudrez, pourvu qu'il ne soit pas incompatible avec l'adrénaline, et piquez au bon endroit, vous aurez un résultat certain et constant. *Peu importe la drogue, la méthode vaut ce que vaut la technique !*

Dès lors nous voici retombés purement et simplement au procédé dont M. Touchard est le père, et qu'il a fait connaître dès 1903.

Pourquoi la méthode de Touchard ne s'est-elle pas généralisée en son temps, il peut être intéressant d'en rechercher les raisons ; c'est ce que je vais essayer de faire, en tirant de cette recherche des déductions aussi pratiques que possible.

J'éliminerai au préalable tous les motifs d'ordre psychologique, en m'inscrivant en faux contre le proverbe qui prétend que nul n'est prophète en son pays. Ici encore la vérité est plus simple. Il s'est produit ceci, que M. Touchard faisant sa communication devant l'Académie de médecine, milieu non dentaire, n'a pas pu, par cela même, entrer dans une description suffisamment minutieuse, à mon sentiment, de la technique qu'il avait adoptée. Il ne lui a en effet consacré [1] que les deux passages suivants : d'une part : « Deux

1. V. *Odontologie*, 15 septembre 1906, p. 199.

conditions doivent être remplies pour obtenir une bonne anesthésie : bien circonscrire, par les injections, la dent que l'on se propose de traiter, et savoir attendre que l'action de la cocaïne se soit produite » ; d'autre part : « L'injection devra être poussée lentement, l'aiguille enfoncée de plus en plus profondément jusqu'à deux centimètres environ dans la direction de l'apex, en restant le plus près possible du périoste. Si l'injection est bien faite, la gencive ne tardera pas à prendre une teinte blanche caractéristique, en même temps que sa sensibilité disparaît. »

Certes, pour qui possède la pratique de l'anesthésie pulpaire, cela peut paraître suffisant. Mais au moment où M. Touchard faisait sa communication, les dentistes, habitués de longue date à pratiquer des injections en vue de l'extraction, n'ont pas trouvé, dans les passages que je viens de transcrire, une indication suffisamment précise, exigeant une modification du *modus faciendi* qu'ils avaient en quelque sorte dans la main, et, essayant le procédé Touchard, ils ont eu des échecs ; il est en effet exceptionnel d'obtenir l'anesthésie de la pulpe en ne cherchant que l'anesthésie du ligament, comme dans le cas qui se trouve à l'origine de la découverte de M. Touchard, car, en l'espèce, j'estime qu'il y a là bien réellement découverte. Ce qu'il fallait dire expressément, c'est que l'injection en vue de l'extraction est une chose, et que l'injection en vue de l'anesthésie pulpaire est une autre chose.

Pour obtenir à coup sûr l'anesthésie pulpaire, il faut prendre exactement le contre-pied de la méthode généralement adoptée pour l'anesthésie en vue de l'extraction. Pour cette dernière, on cherche à imprégner le ligament dans toute sa hauteur, en forçant la pénétration du liquide dans la région la plus dense de la gencive ; ici la résistance à l'injection est un garant d'une bonne anesthésie ; l'ischémie à propagation *ascendante* nous comble d'aise et nous permet de promettre une intervention indolore.

Pour l'anesthésie pulpaire, il ne faut tenir nul compte

de la portion de fibro muqueuse qui est aussi dense ; on récline la lèvre ou la joue, puis, l'exploration digitale renseignant sur la position précise de l'apex, on porte d'emblée la pointe de l'aiguille dans le tissu très lâche du sillon gingivo-labial, et l'on gagne l'apex, ou plutôt la région apicale, par le plus court chemin, c'est-à-dire en donnant à l'aiguille une direction presque perpendiculaire à l'axe de la dent. Cette manière de faire offre le double avantage de n'exiger qu'une très minime quantité de liquide anesthésique pour baigner la région apicale, et de réduire absolument au minimum la douleur de la piqûre, l'aiguille ne rencontrant aucune résistance. J'ajoute que, le liquide pénétrant très librement, aucune seringue spéciale n'est nécessaire, pas même une seringue à ailettes.

Quelques instants après l'injection, la muqueuse sans devenir blanche prend une teinte vaguement livide, qui *secondairement* envahit peu à peu la gencive dans toute sa hauteur. Dans la plupart des cas l'anesthésie pulpaire est obtenue en 1 minute 1/2 et quelquefois moins ; je l'ai rarement attendue cinq minutes. Il m'est difficile de dire combien de temps elle dure, elle ne m'a jamais fait défaut durant le temps que mes patients ont eu à rester dans le fauteuil d'opération.

Y a-t-il des règles particulières selon l'espèce de dent à laquelle on a affaire ? Pour toutes les dents autres que les grosses molaires, c'est-à-dire incisives, canines et petites molaires, je me contente de pratiquer une seule piqûre, et *seulement du côté vestibulaire.* Pour les grosses molaires supérieures il faut naturellement une ou deux piqûres externes, et une palatine.

Quant aux grosses molaires inférieures, c'est là qu'est la pierre d'achoppement de la méthode : avec la même technique, le même produit, les mêmes doses, on obtient des succès, des demi-succès et des insuccès ; M. Pitot n'a d'ailleurs pas caché ses déboires au sujet des mêmes dents avec la novocaïne. L'inconstance des résultats tient proba-

blement aux variations d'épaisseur et de densité de la lame osseuse, généralement très compacte, de cette région.

Si l'on aborde la question des doses, on verra qu'on n'a guère à se préoccuper de savoir si, en unissant cocaïne à adrénaline, on ne va pas par trop renforcer l'action vaso-constrictive de l'adrénaline ; en effet, les doses nécesaires sont quasi infinitésimales. C'est ainsi qu'avec une seule ampoule d'un centimètre cube, contenant un centigramme de cocaïne et un quart de milligramme d'adrénaline, j'ai pu obtenir l'anesthésie pulpaire des quatre incisives supérieures.

Actuellement j'arrive à mieux, j'emploie des ampoules contenant, pour un centimètre cube, 1 centigramme de cocaïne et 1/20e de milligramme d'adrénaline. Quelquefois, me servant d'une solution contenant 1/4 de milligramme d'adrénaline par centimètre cube, je constate qu'il me suffit (cela seulement pour les dents uniradiculaires) d'un quart ou d'un cinquième de centimètre cube de la solution de cocaïne à 1 pour 100 pour obtenir le résultat, c'est-à-dire *2 milligrammes 1/2* ou *2 milligrammes de cocaïne*, et 1/16e ou 1/20e de milligramme d'adrénaline. Il semble même qu'en conservant à l'adrénaline ce titre très relativement élevé de 1/4 de milligramme par centimètre cube, on puisse se permettre encore de diminuer la dose de cocaïne. Il y a là de quoi rassurer le praticien le plus timoré.

Je n'ai jamais observé d'accidents ni d'incidents imputables à l'anesthésie pulpaire et dentinaire ; je le dois sans doute à ce que je ne pratique pas immédiatement d'opération définitive, obturation de canaux ou de cavité. En effet l'obturation immédiate du canal présente cet inconvénient que, à cause de l'anesthésie, on n'est pas prévenu du moment où la matière obturatrice atteint l'apex, qui peut alors être franchi. D'autre part j'ai souvent constaté au bout d'un certain temps une hémorragie se faisant par les canaux. J'estime donc plus sage de les obturer dans une autre séance.

Si parfois on observe dans les jours qui suivent une pulpectomie, une sensibilité de la dent, d'intensité variable, mais généralement légère et fugace ; il ne faut voir dans cet incident qu'une *suite de la pulpectomie :* en effet on ne constate jamais rien de semblable lorsqu'on a eu à pratiquer l'anesthésie pulpaire pour la préparation d'un 2e degré.

En terminant, j'aurais voulu pouvoir définir la part d'action qui appartient à chacun des composants de l'association cocaïne-adrénaline. Je ne suis pas encore en mesure de le faire exactement ; néanmoins on peut toujours assimiler, comme l'a fait si heureusement M. Touchard, l'action de l'adrénaline à celle d'une ligature que l'on ferait sur la racine d'un doigt à cocaïner. Cependant il ne serait pas impossible que ce soit à l'adrénaline qu'incombe le premier rôle ; j'ai commencé à ce sujet une série d'expériences que je me propose de poursuivre, et dont, s'il y a lieu, je communiquerai les résultats.

REVUE ANALYTIQUE

Quelques considérations sur le traitement des anomalies de la 3e molaire. — De l'emploi de la gélatine comme hémostatique en chirurgie bucco-dentaire. — Le chancre syphilitique des gencives. — Le jeûne préanesthésique. — Morts dans le fauteuil.

Quelques considérations sur le traitement des anomalies de la troisième molaire.

Si la plupart des anomalies de la dent de sagesse échappent à l'action du dentiste, il en est une cependant qui doit retenir son attention.

Quand elle est fortement inclinée en avant, ses cuspides antérieures sont coincées en quelque sorte avec la face distale de la deuxième molaire, formant un espace triangulaire très difficile à maintenir en état de propreté satisfaisant. La carie et ses suites ne tardent pas, en général, à se manifester et non seulement sur la dent de sagesse, mais encore sur la deuxième molaire, sa voisine. Une intervention devient donc urgente.

Le mode opératoire le plus fréquemment employé est l'extraction de la troisième molaire. Mais cette opération présente des obstacles difficiles à surmonter. Vu la position anormale de cette dent, la force brutale ne pourrait avoir comme résultat qu'un échec complet ou des conséquences désastreuses : la fracture de la couronne ou des racines, l'avulsion accidentelle de la deuxième molaire et même des fractures de la mâchoire ont été signalées. Nous avons donc des précautions spéciales à prendre et nous pouvons choisir parmi différentes méthodes. L'auteur passe en revue les méthodes qui ont été proposées comme traitement curatif ou préventif des anomalies de position de la troisième molaire :

1° Extraction de la deuxième molaire, puis extraction de la dent de sagesse ;

2° Extraction de la deuxième molaire et conservation de la dent de sagesse anormale ;

3° Extraction de la seconde molaire, extraction de la troisième, puis réimplantation de la seconde ;

4° L'extraction des quatre premières molaires, avant l'âge de douze ans ;

5° L'extraction de la dent de sagesse par principe.

M. Solbrig rejette ces méthodes et indique le procédé qu'il emploie, qu'il divise en progressif et immédiat.

Le procédé progressif consiste à écarter la dent de sagesse de la deuxième molaire à l'aide d'élastiques, puis de coins de bois. Un écart de deux millimètres permet de pratiquer l'extraction sans trop de difficultés.

Dans les cas d'urgence une séparation immédiate s'impose. Elle peut être obtenue par la résection des cuspides antérieures de la troisième molaire. A cette fin, on se sert avantageusement d'une fraise à fissure montée sur l'angle droit, d'une meule ou d'un disque en cuivre.

Dans certains cas, M. Solbrig procède à un redressement de la dent au moyen d'un ressort dont une extrémité est fixée à la face externe

des molaires et l'autre s'engage dans un tube cimenté dans la face triturante de la dent de sagesse. Ce ressort agit dans les deux sens, d'avant en arrière et de bas en haut. Pour les moyens de fixation, on donne la préférence au système Jackson.

Quand la dent est redressée, on peut la maintenir au moyen d'une aurification adossée à la face postérieure de la deuxième molaire.

(O. Solbrig, *Laboratoire*, 15 novembre 1908, p. 734.)

De l'emploi de la gélatine comme hémostatique en chirurgie bucco-dentaire.

Dans presque tous les cas d'hémorragie de la région gingivo-dentaire, une compression bien faite est suffisante. Néanmoins, dans certaines hémorragies graves, surtout chez les hémophiles et les diabétiques, il sera nécessaire de recourir à une médication plus énergique. Le moyen le plus actif actuellement est l'emploi de la gélatine.

Une des objections les plus graves que l'on puisse faire à l'utilisation du sérum gélatiné est la difficulté de s'en procurer extemporanément, et la nécessité, par conséquent, d'en posséder tout préparé à l'avance. Voici le moyen d'en avoir à sa disposition :

Au bain-marie on fait dissoudre 50 grammes de gélatine blanche (granétine) dans un litre d'eau stérilisée, avec 8 grammes de chlorure de sodium chimiquement pur. On place la solution dans un ballon stérilisé fermé par un tampon d'ouate. On porte le tout dans l'autoclave à 120°, pendant un quart d'heure et deux fois de suite. On filtre, on répartit dans des flacons bouchés d'ouate et stérilisés pendant 10 minutes à 120°. On conserve en capuchonnant de caoutchouc à la manière des ballons de culture. On peut garder indéfiniment de pareils flacons.

L'emploi est des plus simples. Un tampon de coton imbibé de la solution de gélatine est appliqué sur la plaie avec une légère compression pendant quelques minutes, et renouvelé s'il y a lieu. Au bout du deuxième tamponnement, en général, l'hémorragie cesse ; il est bon cependant dans les cas d'hémophilie, si le malade ne doit pas être surveillé, de lui confier, pour les heures consécutives, un flacon de sérum gélatiné, et de lui donner les indications nécessaires à son utilisation.

(J. Tellier, *Revue de Stomatologie*, octobre 1908, p. 460.)

Le chancre syphilitique des gencives.

Ce chancre, qui s'observe rarement, est le plus souvent d'origine accidentelle ; les agents de contamination sont principalement les objets intéressant l'hygiène dentaire, et les instruments de dentisterie opératoire ; depuis la généralisation de l'antisepsie, ces derniers ne sont pour ainsi dire plus jamais mis en cause.

Les caractères du chancre de la gencive sont souvent ceux du chancre génital. Par suite du peu d'intensité des phénomènes douloureux qui l'accompagnent, il peut facilement passer inaperçu. Il est d'un diagnostic difficile et peut donner lieu à de nombreuses erreurs, que seule l'apparition d'autres phénomènes spécifiques secondaires permet de réparer.

(A. Thouvenot, *Thèse de Paris*, 1907. *Pratique médicale.*)

Le jeûne préanesthésique.

Il est universellement admis et enseigné qu'avant l'administration de l'éther ou du chloroforme dans un but anesthésique, il est indispensable de faire jeûner le patient pendant douze ou dix-huit heures afin de diminuer les chances de vomissements. Cette question a fait, surtout en Angleterre et en Amérique, l'objet d'un certain nombre d'études, d'où il semble résulter que cette pratique est irrationnelle.

M. William Hunter pense que les vomissements ne sont pas d'origine nerveuse, mais essentiellement toxémiques et subordonnés à la dépression fonctionnelle du foie, et plus spécialement à celle de sa fonction antitoxique. De plus, l'auteur démontre que cette dépression des fonctions hépatiques est beaucoup plus fatale et marquée quand le foie est déjà altéré par la maladie ou par une nutrition défectueuse, et particulièrement s'il est affaibli par un jeûne récent.

Comme il faut s'attacher à éviter le refroidissement des patients pendant l'acte opératoire, une excellente précaution consiste à leur faire prendre, dans ce but, quelques heures avant l'anesthésie, un aliment facilement digéré et rapidement absorbé, comme du gruau d'orge ou quelque autre aliment amylacé accompagné de pancréatine ou de takadiatase.

(*Presse médicale*, 17 octobre 1908.)

Morts dans le fauteuil.

Une jeune femme de Bellingham (Massachusseth) est morte dans le fauteuil d'opération d'une syncope cardiaque pendant qu'elle était sous l'influence du chloroforme. (*Dent. Summ.*, novembre 1908.)

*
* *

Une dame de Warren (Pensylvanie) est morte dans le fauteuil d'opération après l'administration du chloroforme. Elle était venue pour se faire extraire 12 dents et après un examen médical l'anesthésie fut administrée. Tout se passa normalement, mais la mort survint également par syncope cardiaque. (*Dent. Summ.*, novembre 1908.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Jointure parfaite entre la racine et la couronne de porcelaine. — Après avoir préparé comme d'habitude la racine pour recevoir la couronne de porcelaine, mettre dans le canal radiculaire une petite quantité de gutta servant aux plaques-bases, chauffer pour amollir la gutta et introduire celle-ci dans le canal, en plaçant la couronne à l'alignement des dents voisines. La gutta durcie, desserrer et enlever la couronne et la cheville de la racine, la cheville ayant ainsi formé son moule dans le canal, ce qui servira à maintenir la couronne dans la même position dans l'arcade à chaque insertion subséquente. Prendre une petite bande de papier au charbon, très mince de préférence, y percer un trou à l'emporte-pièce, y faire passer la cheville et introduire celle-ci à nouveau dans le canal en pressant sur la couronne ; le papier indique les parties qui touchent les premières. Avec des pierres ou des fraises enlever ces points noircis, remettre la couronne en place, en répétant la manœuvre jusqu'à ce que le charbon se montre sur toute la surface de la dent ou de la couronne ; on aura alors une jointure parfaite. Que la couronne soit placée avec de la gutta ou du ciment, la gutta mise la première doit être laissée intacte dans le canal. (*Dent. Summary.*)

Bonne lumière. — La teinte des murs du cabinet d'opération a une valeur oculaire et doit varier suivant la nature et la quantité d'éclairage général. Si l'on est à l'ouest ou au nord, on peut employer du papier peint couleur crème sombre, vert clair. Si l'on est à l'est ou au sud, des teintes plus foncées sont sans inconvénients. En d'autres termes, tout en se servant de couleurs douces, non glacées, celles-ci peuvent varier avec l'intensité de la lumière qui éclaire le cabinet ; plus l'éclairage est vif, plus le papier des murs doit être sombre. Bannir du cabinet le papier glacé ou autres choses qui reflètent fortement la lumière dans les yeux de l'opérateur. (*Dent. Rev.*)

Carborundum. — Le carborundum est le meilleur agent d'abrasion que nous possédions ; mais il exige des précautions qu'on ne prend pas toujours, par exemple d'être désinfecté après avoir servi dans la bouche. Pourtant il est très poreux et absorbe très bien les liquides buccaux. Son action, quand il frotte la chair, est de nature à assurer l'entrée et un réceptacle aux germes.

Pour le stériliser on peut employer la chaleur : par exemple, après l'avoir lavé le passer à la flamme d'un bec Bunsen ; on peut aussi em-

ployer une solution légère de formaline, mais il reste alors humide, ce qui est un inconvénient.

Le carborundum s'use facilement. Pour remédier à cette usure, frotter l'une contre l'autre deux pierres de carborundum ; on monte l'une sur un mandrin qu'on engage dans la pièce à main et l'autre, plus grosse, dans le tour d'atelier.

Il répand moins de poussière quand on meule à sec si on le plonge dans la paraffine fondue pendant quelques minutes. En le retirant de la paraffine le poser sur du papier, qui absorbe l'excès.

Une pierre de carborundum ainsi traitée ne peut être chauffée au rouge, mais on peut la désinfecter en la trempant dans un liquide. (*Articulator.*)

Enlèvement du coton enroulé autour d'un tire-nerf. — Gratter le côté de la tige correspondant au côté uni du tire-nerf. Cela indique quand celui-ci est abîmé. Poser le tire-nerf à plat, le côté barbelé en bas, sur une plaque de verre. Avec un couteau, enlever le coton en poussant la lame latéralement sur la partie recouverte de coton ; on dégage ainsi les barbes de coton. (*Dent. Rev.*)

Remplacement d'un devant de porcelaine sur une couronne ou sur un bridge. — Choisir une dent convenable, y percer un trou entre les chevilles avec un foret à diamant, ajuster la face dans la bouche, la placer sur l'arrière et faire une marque avec l'instrument dans le trou. Forer alors un trou et le fileter pour y introduire une vis faite au moyen d'un rivet. Fixer la vis dans l'or et couper sur le devant pour que l'extrémité arrive au-dessous de la surface des dents artificielles. Passer le trou et la vis à l'alcool, bien les sécher et mettre la face en position avec du ciment Harvard.

A une séance ultérieure enlever une partie du ciment et la remplacer par un inlay de porcelaine. (*Brit. Dent. J.*)

Renforcement des arrières pour empêcher une fracture pendant la soudure ou la mastication. — Le procédé ne s'applique qu'aux six dents antérieures du haut et du bas.

On taille les faces en biais légèrement au bord tranchant, un morceau de plaque d'or de Ney à 22 carats n° 30 de la jauge est bruni et appliqué sur l'arrière de la face et du bord tranchant, et un second morceau est placé sur le premier s'étendant jusqu'au bord des chevilles dans la face. On enlève les deux morceaux d'or et avec des pinces on les place ensemble, en introduisant entre eux une solution de borax, puis avec trois petits morceaux de soudure d'or à 20 carats, les souder, les ajuster sur la face et meuler l'excès d'or en brunissant sur la face. En investissant ces faces dans un bridge, l'investissement peut arriver jusqu'aux chevilles, car la soudure n'a pas besoin de dépasser les extrémités de celles-ci dans l'arrière. En employant deux épaisseurs d'arrière avec biseau sur le bord tranchant, soudées ensemble, on obtient une grande force et il est inutile d'étendre la soudure jusqu'au bord tranchant et de répandre un fondant sur la porcelaine et de risquer de la briser.

Le biseau sur le bord tranchant empêche aussi la face de porcelaine de prendre part directement à la mastication, car c'est l'arrière en or qui frappe à sa place. (*Dent. Summ.*)

Prise de l'articulation. — Placer un petit anneau de cire près du bord marginal de la plaque d'articulation et indiquer au patient de mettre la pointe de sa langue dans cet anneau en fermant la bouche. (*Dent. Summ.*)

Confection des inlays. — Pour faire des inlays d'or prendre 36 grammes d'or pur pour une matrice et faire l'obturation avec des morceaux d'or de 22 carats et des morceaux de différente dimension obtenus en fondant des vieilles obturations, ainsi que des morceaux de plaque à 22 carats. En préparant la cavité arrondir les angles et les coins et tailler les bords en biais. Adapter un morceau de la matrice aux bords, sans employer la force. Souder sur le côté de la cavité de la matrice un éperon, une boucle, une cheville de platine ou un petit morceau de fil métallique, suivant le cas pour servir d'ancrage, en employant peu de soudure et un fondant liquide. L'ancrage opéré, remettre la matrice dans la cavité et brunir sur les bords, puis enlever et la placer sur un bloc à souder, l'ancrage en bas. Mettre des morceaux de plaque ou des bâtonnets d'or dans le centre de la matrice, souder en petits morceaux et fondre avec le chalumeau. Remettre l'inlay dans la cavité pour rebrunir aussi souvent que possible, en ajoutant et soudant des bâtonnets jusqu'à ce qu'on ait atteint le contour voulu. Employer très peu de fondant et juste assez de soudure pour remplir les espaces. Il est nécessaire d'investir l'inlay pour souder. Toute l'opération peut être faite en une séance, car l'inlay, ancré convenablement, peut être fini avec des pierres et des disques de 5 à 15 minutes après la séance. (*Dent. Summ.*)

Brunissage d'une plaque d'or sur une dent. — Quand on brunit une plaque d'or sur la face linguale ou sur une autre face d'une dent, mettre un morceau de ruban de soie sur l'or et fixer ce ruban autour de la dent de façon que les deux extrémités se rencontrent du côté opposé et les tenir fermement avec les doigts, pour maintenir ainsi la plaque en place. Sous cette soie on peut brunir l'or avec très peu de difficulté. (*Dent. Rev.*)

Adaptation de l'or aux parois et aux bords de la cavité. — Pour cela il est nécessaire de souder l'or entre l'or préalablement condensé et les parois de la cavité. En plaçant de l'or contre un bord, se rappeler qu'il est impossible d'adapter parfaitement de l'or contre une paroi en poussant directement contre celle-ci. Ce doit être une pression latérale contre l'or préalablement condensé en masse suffisante pour tenir ce dernier solidement. On peut condenser une très petite quantité d'or dans un angle en toute sécurité, mais seulement dans un angle. La condensation doit toujours être finie contre la paroi de la cavité par le procédé de la soudure. (*Dent. Rev.*)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

F. D. I.

Session d'Amsterdam, août 1907.

Discours de M. Truman W. Brophy,

Président de la Commission d'enseignement.

Nous nous réunissons aujourd'hui dans la capitale de la Hollande pour faire un nouveau pas en avant dans la voie du progrès professionnel.

Aucune matière n'intéresse plus vivement notre profession que l'enseignement. Le chirurgien-dentiste doit faire fond sur elle comme sur la base de sa profession. C'est d'un enseignement manuel complet et du développement de son habileté que dépendent son succès comme praticien et son utilité pour ses confrères.

Les questions les plus importantes qui sollicitent notre attention sont :

1° Où, comment et de qui l'étudiant en dentisterie doit-il recevoir son enseignement ?

2° Quel diplôme doit-on exiger du candidat désireux d'être étudiant en dentisterie ?

3° Sur quoi l'Etat doit-il se baser pour juger des capacités du candidat à devenir un bon praticien, sûr et en qui l'on puisse avoir confiance ?

La communication de notre regretté président, reçue seulement hier (le professeur Miller est mort en Amérique, le 27 juillet), dit ceci :

« La situation de la F. D. I. étant maintenant plus solidement établie, il convient qu'elle donne à nouveau son opinion sur cette question très importante et que chacun de ses membres vienne, préparé à formuler définitivement ses idées. »

Dans mon discours comme président de votre commission d'enseignement en 1902, à Stockholm, j'ai exprimé ma manière de voir et je ne puis plus clairement exprimer mes vues qu'en citant les paroles que je prononçai à cette occasion.

« Ayant moi-même obtenu mon degré de docteur en médecine en faisant trois années d'études médicales dans une des écoles de médecine les plus anciennes et les plus réputées d'Amérique, étant professeur dans cette école depuis vingt-six ans, et collaborant à l'école et à l'hôpital avec quelques-uns des médecins et des chirurgiens les plus

distingués de la ville où je demeure, je pense que je peux sans aucun détour exprimer une opinion et que je suis capable de discuter de bonne foi les résultats de l'enseignement médical et de l'enseignement dentaire.

» Je n'hésite pas à déclarer que la médecine n'est pas une science. Elle est basée en partie sur certaines branches de différentes sciences et en partie sur l'empirisme. La médecine est décrite comme *l'art de guérir dans toutes ses branches.* Si la médecine était cela, elle devrait nécessairement comprendre les branches médicales et chirurgicales de la dentisterie et le traitement des irrégularités dentaires et des difformités dento-faciales ; mais il n'en est pas ainsi. C'est un fait trop connu pour requérir une discussion que les écoles de médecine, sauf quelques exceptions, n'enseignent pas l'anatomie et la pathologie détaillée des dents et des maladies qui les frappent. Il est impossible pour un étudiant d'acquérir dans une école de médecine des connaissances qui le préparent à la profession dentaire, et il est impossible pour un étudiant d'acquérir dans une école dentaire des connaissances lui permettant d'exercer la médecine générale. Le médecin n'est pas plus qualifié pour exercer l'art dentaire que le dentiste ne l'est pour exercer la médecine. La connaissance de la pathologie et de la thérapeutique dentaires ne peut pas être acquise dans une école de médecine, car les professeurs médecins ne la possèdent pas eux-mêmes. L'enseignement des maladies et des lésions des dents et de leurs conséquences n'est pas comprise dans le programme des écoles de médecine et, par suite du manque de cet enseignement, nous voyons souvent commettre des erreurs graves, même par des chirurgiens réputés. Les écoles de médecine ont plus besoin d'un enseignement complet de l'anatomie, de la pathologie et de la thérapeutique des dents et des parties associées, du traitement des fractures et autres lésions des mâchoires et de l'hygiène buccale que les écoles dentaires modernes n'ont besoin de l'enseignement donné dans les écoles de médecine. Il n'y a pas de profession qui demande une plus grande étendue de connaissances que celle de dentiste, parce qu'elle confine aux arts et aux sciences et leur réclame leurs productions les plus délicates pour les faire servir à son usage. La dentisterie n'est pas autant une branche de la médecine que pourraient le croire beaucoup de gens qui n'ont pas bien examiné la question. L'habitude donne souvent des impressions mentales que la logique repousse difficilement.

» Il y a certaines branches du savoir qui sont des sciences par elles-mêmes, dont certaines parties sont essentielles quand on pose les bases de l'étude de la médecine, mais elles ne sont en aucune façon des branches exclusives de la médecine. Les sciences doivent être étudiées par des hommes appartenant à d'autres professions qu'à celle de la médecine, de façon qu'ils puissent comprendre les princi-

pes formant la base de leur profession. Le pharmacien doit connaître la chimie organique, ainsi que la chimie inorganique. L'ingénieur doit connaître la physique et les lois régissant l'application de la force. Le sculpteur doit connaître l'anatomie ou bien ses œuvres seront manquées. Le naturaliste doit bien posséder la physiologie, car c'est sur cette science que sa profession repose.

» La biologie est une science qui traite de la nature et des propriétés de la matière animée et des êtres vivants. La physique est l'étude des phénomènes des corps et des forces agissant sur ces derniers, en excluant celles qui agissent sur les atomes, lesquelles appartiennent à la chimie. La chimie est la science traitant de l'action mutuelle qui s'exerce entre les éléments et leurs composés et l'art d'identifier ou de déterminer la composition des substances soumises à une analyse. La physiologie est la connaissance des phénomènes vitaux des organes et de leurs relations avec les lois chimiques et physiques. L'anatomie est la science traitant de la structure des corps organisés, qu'ils soient végétaux, animaux ou humains.

» Ces sciences ne sont pas médicales et ne sont pas non plus dans toute l'acception du mot des branches de la médecine. Les mathématiques sont employées dans l'enseignement et dans la pratique de la médecine, mais personne ne voudrait prétendre qu'elles constituent une branche de la médecine. Le pharmacien compose et souvent prescrit et donne des avis en médecine aux malades, quelquefois plus souvent que certains médecins dans le milieu où il est établi. Il est donc autant et peut-être plus médecin que le dentiste, et cependant il n'a jamais déclaré et personne n'a déclaré qu'il est médecin spécialiste ni que la pharmacie est une spécialité de la médecine. La médecine emprunte aux sciences autant qu'il est nécessaire pour préparer ses étudiants à leurs rôles de praticiens. De même la dentisterie emprunte aux arts et aux sciences et emploie les connaissances acquises ainsi à instruire et à transformer l'étudiant en chirurgien-dentiste habile. »

En résumé : 1° La dentisterie est une profession. Elle est trop vaste, elle comprend trop d'arts et de sciences inconnus à l'enseignement médical, pour être considérée comme une spécialité de la médecine. La dentisterie comprend certaines parties de la médecine. Les principes fondamentaux de la pathologie, de la thérapeutique et de la chirurgie doivent être enseignés à l'étudiant en dentisterie. Les écoles de médecine n'enseignent pas la pathologie et la thérapeutique dentaires, car leurs professeurs ne connaissent pas ces matières. Par conséquent les principes de la pathologie, de la thérapeutique et de la chirurgie avec leur application pratique doivent être enseignés dans l'école dentaire afin de préparer d'une façon satisfaisante un dentiste à son rôle professionnel ;

2° La meilleure habilitation à la pratique qu'un étudiant en dentisterie puisse obtenir est celle que confère une école dentaire moderne d'un ordre élevé. Dans une école de ce genre on lui enseigne les branches de tous les arts et de toutes les sciences, y compris la médecine et la chirurgie qui ont même le rapport le plus éloigné avec sa profession. Après s'être ainsi préparé complètement à l'exercice de la dentisterie, il peut compléter son instruction dentaire en entrant dans une école de médecine, s'il le désire, y rester trois ans et prendre un degré médical, mais cet enseignement médical aura peu d'utilité pratique par lui ;

3° Pour satisfaire aux exigences de la loi de l'Etat, il y a lieu de constituer un jury d'examinateurs avec des dentistes éminemment propres à faire subir des examens sur toutes les matières du programme d'enseignement des écoles dentaires. Ils seraient chargés d'examiner tous les diplômés de ces écoles et d'admettre à la pratique ceux qui satisferaient aux examens.

Un jury composé de médecins n'est pas plus apte à décider si un candidat est en état d'exercer la dentisterie qu'un jury composé de dentistes n'est apte à décider si un candidat est en état d'exercer la médecine. Toutes les professions savantes dans une certaine mesure sont connexes et doivent s'entr'aider avec les meilleurs programmes, mais chacune doit conserver son autonomie.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Paris.

Dans sa séance du 15 décembre dernier le Conseil de direction de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris a procédé à la constitution de son Bureau.

Ont été élus : *Président-directeur :* M. Godon.
Vice-président : MM. L. Lemerle, J. d'Argent
Secrétaire général : M. Blatter.
Trésorier : M. Bioux.
Secrétaire-adjoint : M. G. Villain.
Conservateur du Musée : M. Lemaire.
Econome : M. Miégeville.

Association générale des Dentistes de France.

L'*Assemblée générale annuelle* aura lieu *le dimanche 24 janvier courant à 9 heures du matin, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.*

ORDRE DU JOUR :

1° Procès-verbal ;
2° Correspondance ;
3° Rapport du secrétaire général ;
4° Rapport du trésorier ;
5° Rapport de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie ;*
6° Election, pour le renouvellement partiel du Conseil, de 17 membres, dont 16 sortants et 1 démissionnaire ;
7° Examen et discussion relativement aux décrets modifiant les conditions d'entrée dans la profession ;
8° Propositions diverses.

La *Société d'Odontologie* a organisé pour *le lundi matin* 25 une séance de *démonstrations pratiques et de présentations* qui commencera à 9 h. 1/2, à l'Ecole dentaire de Paris.

Exposition franco-britannique.

M. A. Baelen, secrétaire général et administrateur délégué de la Société coopérative des dentistes de France, vient d'obtenir du jury de l'exposition de Londres une médaille de bronze comme collaborateur de cette Société qui, on se le rappelle, a obtenu une médaille d'or.

Nos félicitations à notre excellent confrère.

Le jubilé de M. J. W. Crane.

L'American Dental Club of Paris vient de donner un banquet en l'honneur d'un de ses plus anciens membres, M. Crane, établi à Paris depuis 50 ans. La Société avait lancé des invitations à tous les représentants des Sociétés américaines d'Europe, qui se sont empressées d'envoyer leurs présidents.

Ce banquet a eu lieu dans la grande salle des fêtes de l'Hôtel Continental ; il était présidé par M. Jenkins, président de l'A. Dent. Club, qui avait à sa droite le jubilaire et à sa gauche M. Gale, président de l'American Dental Society of Europe. L'American Dental Club of London était représenté par M. Rathburn. Le Miller Club de Berlin, par M. Law.

MM. Godon, Viau, Heïdé, G. Villain (M. Sauvez avait été empêché au dernier moment) représentaient, à titres d'amis, les confrères français. Les autres villes de l'Europe étaient représentées par MM. Cooper (Francfort) ; Sachs (Berlin) ; Aguilar (Madrid) ; Frick (Zurich) ; Merritt (Cologne) ; Monk (Wiesbaden) ; Chamberlain (Rome) ; les frères Mitchell, Farmer, Field, Croll, K. Davenport, Northroft, tous de Londres, etc.

L'American Dental Club of Paris était présent au grand complet. Au total 70 convives environ. Le menu était orné du portrait de M. Crane.

Des toasts furent d'abord portés aux présidents des Républiques française et américaine par M. Hugenschmidt et M. I. B. Davenport. Ensuite M. Roussel souhaita la bienvenue à tous les invités. M. Godon répondit au nom des confrères français ; M. Gale au nom des invités américains. De superbes cadeaux furent alors offerts au jubilaire.

Son vieil ami M. Brigiotti lui fit hommage d'un navire décoré de cinquante espèces de fleurs différentes qui, dans sa pensée, devaient rappeler chacune une année de pratique du jubilaire.

M. Cooper offrit, au nom de l'American Dental Society of Europe, une superbe coupe en vermeil d'après un modèle byzantin.

M. Rathburn, au nom de l'American Dental Club of London, un étui à cigares en or, avec les noms des donateurs gravés dessus.

Enfin M. Hirschfeld donna, au nom de l'American Dental Club of Paris, une superbe montre en or à répétition et un album contenant les portraits de tous les convives.

Des toasts furent ensuite portés par MM. Jenkins, Younger, Patton, Lillie (vice-président de la Chambre de Commerce américaine de Paris), qui ont célébré chacun un côté différent du caractère du jubilaire. La fête s'est terminée par des remerciements chaleureux adressés par M. Crane à tous ses amis.

Il serait injuste de ne pas constater que notre confrère, M. Hirs-

chfeld avait été l'organisateur de cette magnifique fête cordiale, qui laissera un inoubliable souvenir à tous ceux qui y ont assisté.

Société odonto-stomatologique.

Nous apprenons la fondation à Bordeaux d'une Société d'études scientifiques, cliniques et techniques dentaires, sous le nom de *Société odonto-stomatologique,* composée de chirurgiens-dentistes et de docteurs en médecine, placés sur le pied d'égalité. M. Cavalié en a été élu président.

Nous adressons tous nos vœux de prospérité à la nouvelle Société et nos félicitations aux fondateurs.

Fête des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris.

Les élèves de l'Ecole dentaire de Paris ont nommé un Comité d'initiative pour leur fête annuelle, qui aura lieu le 13 mars 1909 à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

Comme l'année précédente cette soirée, qui promet d'être brillante, comprendra un concert, une revue suivie d'un grand bal.

Le Comité est ainsi composé :

Président : M. de la Planche.

Vice-présidents : MM. Vérité et Logeay.

Secrétaire : M. Chaillou.

Secrétaire-adjoint : M. Duneau.

Trésorier : M. Paul-Francis Jean.

Trésorier-adjoint : M. Arnold.

Membres : MM. Mousis, Fonsèque, Heïdé, Guyonnaud, Bonnet, Richard, Billoret, Berger.

On peut dès à présent se procurer des cartes auprès des membres du Comité et à l'Ecole dentaire auprès de M. Paul-Francis Jean.

Monument à Horace Wells.

Le *Temps* du 18 décembre 1908 annonce qu'un comité franco-américain vient de se constituer pour l'érection à Paris d'un monument à Horace Wells.

Société belge d'Odontologie.

La Société belge d'Odontologie a composé son Comité pour l'année 1909 de la façon suivante :

Président : M. L. Quintin.
Vice-président : M. H. Mystadt.
Secrétaire : M. M. Bön.
Secrétaire-adjoint : M. A. Joachim.
Trésorier : M. W. Fay.

29e ANNÉE. N° 2 30 JANVIER 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie **est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.**

TRAVAUX ORIGINAUX

COURS DE DROIT MÉDICAL DANS SES RAPPORTS AVEC L'ART DENTAIRE ET LA DÉONTOLOGIE

Leçon inaugurale

Par M. DUCUING,
Avocat à la Cour d'appel,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

HISTORIQUE DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE.

Je n'ai pas accepté sans mélancolie l'honneur de m'asseoir à cette place. J'y succède à un homme d'une grande science et d'un grand cœur, qui a enseigné le droit de la manière à la fois la plus élevée et la plus précise à huit générations d'étudiants. Parmi tous les titres que M. Worms avait à la considération publique, le titre de professeur à l'Ecole dentaire était de ceux qu'il citait avec le plus de joie. Il aimait votre jeunesse studieuse, et, pour venir à vous, il a longtemps cherché à triompher d'une maladie implacable. Il m'a chargé de vous adresser son plus cordial souvenir.

Dirai-je que c'est une consolation pour moi que le nom de son successeur n'ait éveillé dans son esprit que des sentiments de sympathie ? Me permettrez-vous d'ajouter encore que mon meilleur titre au choix de votre Conseil de direction est mon dévouement à cette grande Ecole ?

Elle faisait ses premiers pas, quand je l'ai connue, sous les auspices d'un de vos bienfaiteurs, le regretté Lecaudey. Je l'ai vue grandir, prospérer sous l'énergique et habile

direction de mon ami M. Godon. Je n'ai pas seulement pour elle les sentiments que peut éprouver un avocat pour une vieille et fidèle cliente, mais la sympathie réfléchie d'un citoyen. C'est qu'en effet elle a donné le grand exemple de ce que peut faire l'initiative privée même dans un pays aussi centralisé et hiérarchisé que le nôtre, quand elle sait apporter à la poursuite d'un grand but la foi, la persévérance et la discipline.

Le cours de droit que j'ai entrepris de vous faire se trouve circonscrit par le programme des études dans des limites précises. Il ne s'applique pas à la généralité des actes que vous accomplirez dans la famille ou dans la cité : le temps nous manque pour compléter les notions de droit usuel que l'Université vous a si parcimonieusement mesurées. C'est la situation légale du dentiste qu'il s'agira de déterminer ; ce sont ses obligations et ses droits dans le cercle de la vie professionnelle qu'il vous faudra étudier. Nous irons même un peu plus loin : parmi ses obligations nous rangerons toutes celles qui puisent leur source dans la conscience professionnelle, dépassant ainsi la frontière de ce que la loi permet, de ce qu'elle défend, ce qui est, à proprement parler, le domaine du droit.

Ainsi ce cours comprend deux ordres de matières d'importance d'ailleurs inégale : le droit dans ses rapports avec l'art dentaire ; la déontologie, c'est-à-dire l'étude des devoirs professionnels. Il est divisé en huit leçons dont vous serez curieux sans doute d'avoir dès maintenant un aperçu, car on suit plus volontiers sa route quand le but est bien connu.

Nous commencerons par rappeler la situation légale des dentistes avant la loi du 30 novembre 1892 qui a réglementé la profession. Nous étudierons ensuite les principales dispositions de cette loi et celles du décret du 26 juillet 1893 qui, sur certains points, l'a complétée. Nous dirons les conditions mises par le législateur à l'exercice de la profession ; nous rechercherons si ces conditions sont le mêmes pour tous, ou s'il n'y a pas des dispositions de faveur soit à l'égard des dentistes en exercice au moment de la promulgation de la

loi, soit à l'égard des médecins et des officiers de santé, soit à l'égard des dentistes étrangers; nous verrons les sanctions pénales attachées à ces dispositions ; nous suivrons enfin le chirurgien-dentiste, admis à exercer, dans ses rapports avec les pouvoirs publics, ses clients et ses confrères. Le champ est vaste, et je ne puis me flatter de le parcourir avec fruit que si vous me prêtez une oreille attentive et confiante.

Les origines de droit, en ce qui concerne l'art dentaire, sont lointaines et obscures. Il est contemporain de l'art médical, s'il ne l'a pas précédé. Car le premier besoin de l'homme est de manger, et sa douleur la plus aiguë, le mal de dents. Et l'on peut dire aussi qu'il a revêtu dès l'antiquité son double caractère : par la chirurgie des dents, il se rapprochait de l'art médical ; par la prothèse, il se rattachait aux arts mécaniques.

Il n'occupait qu'une place modeste chez les anciens. Aristote, qui a fait le tableau des connaissances scientifiques de son temps, se borne à dire en parlant des dents : « Chez l'homme les dents servent à l'alimentation : les incisives coupent ; les molaires broient ; les canines, en partie aiguës, en partie élargies, participent également des unes et des autres... Elles servent aussi à la parole. »

S'il faut en croire le témoignage d'Erasistrate, les Grecs, soucieux de la beauté de leur visage, ne se séparaient de leurs dents qu'à la dernière extrémité : « Les anciens, rapporte d'après cet auteur, un médecin du XVI[e] siècle, Jean Liébault, faisaient si grand cas de leurs dents, qu'ils ne les tiraient et ne les arrachaient jamais qu'elles ne branlassent et tombassent quasi d'elles-mêmes. En témoignage et avertissement de quoi au temple d'Apollon (à Delphes) il y avait une tenaille à tirer les dents, faite de plomb, pour signifier qu'il ne fallait tirer la dent, si elle ne branle et vacille tellement, qu'elle puisse être arrachée et tirée avec une tenaille de plomb, c'est-à-dire sans force ou violence aucune : autrement non. »

Les Romains de la décadence très soucieux, eux aussi, de la beauté du corps humain, connaissaient la prothèse

dentaire. Martial, dans une épigramme sur deux courtisanes, en arrive à dire : « Noires sont les dents de l'une, de neige les dents de l'autre. Pourquoi? La première a encore ses dents; la seconde ne porte que des dents achetées. »

Rien n'indique cependant que dans l'antiquité les dentistes aient formé un corps d'état distinct. Ils étaient mêlés sans doute suivant le genre d'opérations ou les circonstances aux médecins ou aux artisans.

J'ai parlé des Romains de la décadence. Décadence, si l'on entend par là un état trop raffiné de civilisation. Mais le moyen âge fut une époque de régression. L'art médical devint l'apanage des clercs; la chirurgie tomba dans un injuste discrédit, à cause de la répugnance des gens d'église pour l'effusion du sang, et l'art dentaire ne subsista même plus à l'état de souvenir. Non seulement on ne sut plus soigner ses dents, mais on ne songea plus à les remplacer. Saint Louis à l'époque de sa mort (il n'avait que 55 ans) ne possédait plus qu'une dent à la mâchoire inférieure. Même au sortir du moyen âge la pénurie de ressources à cet égard était telle qu'à l'époque de la révocation de l'Edit de Nantes (1685) Louis XIV n'avait plus une seule dent à la mâchoire supérieure.

Cependant apparaissent en 1699 des Statuts, qu'on peut considérer comme l'acte de baptême de votre profession. On vous agrège à la communauté des chirurgiens, en la compagnie des oculistes, renoueurs d'os, herniaires, lithotomistes et sages-femmes. Mais on ne vous place pas sur le même rang: vous ne pourrez prendre que le titre d'expert après avoir subi un examen probatoire devant trois chirurgiens nommés par la municipalité.

Une déclaration du Roi du 24 février 1730 nous apprend que la communauté des chirurgiens de Paris comptait alors comme experts vingt-huit dentistes, deux maîtres en chirurgie et deux femmes. C'était, paraît-il, un scandale, même sous Louis XV. Sur la réclamation de deux confrères, qui n'avaient aucune notion de déontologie, le Parlement rend le 19 avril 1755 un arrêt, qui interdit aux femmes l'exercice de la profession.

« Comment serait-il possible, dit l'arrêt, que des femmes et des filles, que la décence de leur sexe exclut des cours d'anatomie et d'ostéologie, puissent acquérir une capacité suffisante pour traiter ces parties de la chirurgie avec succès, lorsqu'après des veilles d'un travail assidu souvent l'expérience des plus grands maîtres suffit à peine pour les opérations. »

Cependant l'art dentaire prenait ses quartiers de noblesse. Dès 1670 on tente avec succès la transplantation des dents; en 1700 Purmann de Breslau pratique le premier les empreintes; en 1728 Fauchard, ancien chirurgien militaire, publie son traité de l'art dentaire et entame une polémique retentissante avec Garengeot, l'inventeur prétendu de la clé; en 1746 Mouton aurifie la face triturante des molaires.

Le 10 mai 1768 le lien qui rattachait les dentistes au Collège de chirurgie de Paris fut de nouveau reconnu par un édit, dont quatre articles leur sont consacrés.

Art. 126. — Ceux qui voudront ne s'appliquer qu'à la cure des dents seront tenus, avant d'en faire l'exercice, de se faire recevoir audit Collège de chirurgie, en la qualité d'experts.

Art. 127. — Ne pourront aucuns aspirants être admis à ladite qualité d'experts, s'ils n'ont servi deux années entières et consécutives chez des maîtres en chirurgie, ou chez l'un des experts établis dans la ville et faubourg de Paris, ou enfin sous plusieurs maîtres ou experts des autres villes pendant trois années; ce qu'ils seront tenus de justifier par des certificats en bonne forme et par des actes d'entrée chez lesdits maîtres ou experts, enregistrés au greffe de notre premier chirurgien, dans la quinzaine de leur entrée, à peine de nullité.

Art. 128. — Seront reçus lesdits experts en subissant deux examens en deux jours différents dans la même semaine, après avoir présenté requête dans la forme ordinaire, à laquelle seront joints leurs extraits baptistères, des certificats de religion et ceux de service.

Ils seront interrogés le premier jour sur la théorie et le second sur la pratique des dits exercices, par le lieutenant de notre premier chirurgien, les quatre prévôts et le receveur en charge, en présence du doyen de la Faculté de médecine, du doyen du Collège de chirurgie, des deux prévôts et du receveur qui en sortent, de tous les membres du Conseil et des deux maîtres de chacune des quatre classes qui seront successivement choisis à leur tour. S'ils sont jugés capables dans ces examens, ils seront admis à ladite qualité d'experts, en payant les droits ci-après pour les experts, et en prêtant serment entre les mains de notre premier chirurgien ou de son lieutenant.

Art. 129. — Défenses sont faites auxdits experts, à peine de 300

livres d'amende, d'exercer aucune partie de la chirurgie que celle pour laquelle ils auront été reçus et de prendre sur leurs enseignes ou placards, affiches ou billets, la qualité de chirurgiens, sous peine de 100 livres d'amende; ils auront seulement la faculté de prendre celle d'experts-dentistes.

Mais éclate la Révolution. Dans la déclaration des Droits de l'homme et du citoyen l'Assemblée nationale dit : « Il n'y a plus ni jurandes, ni corporations de professions, arts et métiers. » Et par voie de conséquence elle édicte successivement le décret du 17 mai 1791, qui proclame le libre exercice de toutes les professions, manuelles ou libérales, puis le décret du 18 août 1792, qui supprime les universités, facultés, communautés de corps savants, toutes constituées en vertu de privilèges. Ce décret entraînait bien entendu la dissolution du collège de chirurgie : maîtres et experts étaient également dispersés au vent de la liberté.

Sur ces matières l'esprit de la Révolution n'était certainement pas le nôtre. La préoccupation dominante de nos aïeux avait été d'assurer la liberté de l'individu sous l'autorité souveraine de la nation. Ils avaient trop souffert de l'esprit tyrannique des corporations ; ils avaient vu de trop près l'exploitation des compagnons et des apprentis par les maîtres, l'étouffement de toute initiative, la suppression de la concurrence, aiguillon nécessaire du progrès, pour comprendre parmi les libertés, la liberté d'association.

Dans les corps savants eux-mêmes, protégés par des privilèges, ils avaient mesuré la puissance de l'esprit de tradition poussé jusqu'à la routine. Enfin ils s'étaient inquiétés de ne permettre l'organisation d'aucune force sociale en face de la Nation souveraine.

Notre génération, qui a perdu le souvenir des abus de l'ancien régime, a adopté une conception différente des droits et des devoirs de la société. Elle a compris sous la dure loi de l'expérience la nécessité de réglementer certaines professions, qui intéressent la santé ou la sécurité publiques. Elle a également voulu remédier à l'isolement de l'individu, dont la liberté devenait toute théorique devant la

toute-puissance des capitaux, en permettant, en encourageant même la formation de syndicats professionnels.

Le premier besoin qui se soit fait sentir a été la réglementation de certaines professions.

Permettre au premier venu de soigner ou d'opérer des malades, c'était exposer aux pires dangers la vie des citoyens. On dut bien vite y renoncer. La loi du 19 ventôse an XI ne permit l'exercice de l'art médical qu'à ceux qui l'avaient appris. Les premiers articles étaient ainsi conçus :

Art. 1er. — ..... Nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi.

Art. 2. — Tous ceux qui obtiendront le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de docteurs en médecine ou en chirurgie, ou celui d'officiers de santé.....

Art. 3. — Les docteurs en médecine et les chirurgiens reçus par les anciennes facultés de médecine, les collèges de chirurgie et les communautés de chirurgiens continueront d'avoir le droit d'exercer l'art de guérir comme par le passé.

Il était question dans cette loi des médecins, des chirurgiens, des officiers de santé, des sages-femmes ; les dentistes n'y étaient pas nommés. L'oubli était-il volontaire ? Ou bien fallait-il admettre que les dentistes étaient virtuellement compris parmi ceux qui exercent l'art de guérir, dont l'art dentaire pouvait être considéré comme une spécialité ?

La question fut vivement controversée. En 1827 des poursuites furent dirigées contre une dame Delpech, qui exerçait la profession de dentiste à Limoges, sans être pourvue d'aucun diplôme. Elle fut condamnée, mais sur pourvoi la Cour de cassation relaxa la prévenue par ces motifs :

« Attendu que si l'art. 1er de la loi du 29 ventôse an XI relative à l'exercice de la médecine porte que nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé et obtenir le droit d'exercer l'art de guérir sans être examiné et reçu comme il est prescrit par la même loi, il résulte de son art. 3 que ces dispositions n'étaient applicables qu'aux docteurs-médecins et aux chirurgiens re-

çus par les anciennes facultés de médecine et de chirurgie et les communautés de chirurgiens et en ayant obtenu le droit d'exercer l'art de guérir ;

» Qu'il suit de l'art. 126 des lettres-patentes du roi en forme d'édit, portant règlement pour le collège de chirurgie de Paris du mois de mai 1768, que si ceux qui voulaient ne s'appliquer qu'à la cure des dents, étaient tenus, avant d'en faire l'exercice, de se faire recevoir au collège de chirurgie, c'était seulement en qualité d'expert et non comme maîtres en chirurgie ou agrégés au collège des maîtres ;...

» Qu'il résulte du rapprochement de ces lois que les personnes qui veulent ne s'appliquer qu'à la cure des dents ne sont point comprises dans les dispositions de la loi de ventôse an XI, puisque ses dispositions ne concernent que ceux qui avaient obtenu ou qui désiraient obtenir le droit d'exercer l'art de guérir dans son intégrité ; et que selon l'art. 25 de cette loi tous les individus auxquels elles sont applicables, acquièrent le droit d'exercer la médecine et la chirurgie, avec cette seule restriction portée en l'art. 29 que les officiers de santé ne peuvent pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur. »

Mais en 1833 un spécialiste pour les yeux, qui n'avait pas passé par la Faculté de médecine fut à son tour poursuivi et acquitté par la Cour de Rouen. Cette fois encore la Cour suprême cassa :

« Attendu, disait l'arrêt, que la prohibition d'exercer la médecine ou la chirurgie sans être pourvu de diplôme est générale et absolue ; que dès lors elle s'applique nécessairement à l'art de l'oculiste, lequel se rattache tout à la fois à l'exercice de la médecine et à celui de la chirurgie, puisque le traitement des maladies des yeux est susceptible d'exiger suivant leur nature l'emploi de médicaments tant internes qu'externes et qu'il peut aussi dans un grand nombre de cas nécessiter des opérations chirurgicales... »

On s'émut de cette décision dans le monde des jurisconsultes et des médecins. On y vit un abandon de la juris-

prudence antérieure. Des hommes éminents comme les docteurs Marjolin, Lisfranc, Malgaigne, Jobert de Lambelle, Velpeau, Réveillé-Parise, autant peut-être dans un intérêt professionnel que par souci du bien public, menèrent une véritable campagne.

— L'art dentaire ne se rattache-t-il pas, disaient-ils, tout à la fois à la médecine et à la chirurgie? Ne peut-il pas exiger l'emploi de médicaments tant internes qu'externes ? Ne peut-il pas nécessiter, tout comme l'art de l'oculiste, dans certaines circonstances de véritables opérations?

Cette campagne aboutit à des poursuites. Le tribunal de la Seine, puis la Cour de Paris adoptèrent la doctrine de la Faculté de médecine. Elle trouvait cependant des contradicteurs, à qui l'assimilation du dentiste au médecin paraissait excessive. Le docteur Flandin, par exemple, écrivait :

« Malgré la raison plaisamment alléguée par M. Paillet devant la Cour de Paris que nos dents ne sont pas moins dignes que nos yeux de la protection des tribunaux, l'assimilation ne nous paraît pas complète. L'art de l'oculiste est une dépendance immédiate et directe de l'art du chirurgien ; la moindre opération sur les yeux exige des connaissances anatomiques et physiologiques. Que de gens seraient plus habiles à arracher une dent que les médecins eux-mêmes ! »

La Cour de cassation maintint sa doctrine de 1833 et cassa l'arrêt de Paris.

La jurisprudence était désormais fixée. Ce n'était plus au pied des tribunaux, mais auprès des pouvoirs publics que la question pouvait être portée.

Dès 1847, un projet de loi était déposé. Il était raisonnable : il entourait l'exercice de la profession de certaines garanties ; mais il la défendait contre l'esprit envahissant de l'Ecole de médecine. Le doyen de la Faculté, Orfila, avait bien proposé que le diplôme de médecin fût obligatoire pour les dentistes ; mais cette exagération pernicieuse, qui tendait à remplacer par des médecins sans préparation spéciale des praticiens habiles, fut écartée au sein de la commission parlementaire à l'unanimité. Vint la Révolution de février. Le projet fut

mis aux oubliettes parlementaires, parfois aussi profondes que celles des greffes.

Diverses circonstances contribuèrent à l'en faire sortir.

Au moment même où la Cour de cassation refusait de rattacher les dentistes à la grande famille médicale, un modeste praticien d'Hartford en Amérique, Horace Wells, trouvait l'emploi rationnel des agents anesthésiques en chirurgie : son élève de Boston, Morton, étudiait les propriétés de l'éther et ouvrait à notre thérapeutique un champ d'expérimentation, où le dernier mot n'est pas dit. Ces découvertes étaient heureusement complétées et agrandies en France. Mais la manipulation des anesthésiques n'était pas sans danger et il subsistait un contraste choquant entre ces praticiens, devenus des savants, qui s'étaient placés à la tête de leur art, et la masse de leurs confrères, dont beaucoup n'étaient que de vulgaires arracheurs de dents. La profession en souffrait dans ses intérêts comme dans sa dignité. Dans les classes aisées de la population des grandes villes, on accordait une faveur marquée aux dentistes américains, munis du diplôme des écoles professionnelles du Nouveau-Monde.

Il s'était formé dans le corps médical une école qui avait repris les idées d'Orfila, en les rajeunissant un peu. Au moyen d'une assimilation plus ou moins complète de l'art dentaire à l'art médical, elle plaçait votre profession sous le gouvernement direct de la Faculté de médecine et atteignait un double but : assurer un nouveau débouché à la tribu grandissante des élèves de la Faculté ; éliminer de la profession tous ceux qui n'étaient pas médecins ou tout au moins officiers de santé. Ces stomatologistes, c'est le nom de guerre qu'on leur a donné, représentaient avec force les dangers que pouvait présenter le libre exercice de votre profession, les opérations graves que vous pouviez être appelés à faire, telles que les opérations nécessitées par une carie pénétrante, une pulpite, une périostite alvéolo-dentaire, un phlegmon du voisinage.

Plusieurs de vos anciens, parmi lesquels votre éminent directeur, M. Godon, comprirent le péril. Ils se groupè-

rent. Ils montrèrent combien les longues études théoriques de l'Ecole de médecine seraient inutiles ; combien surtout elles seraient insuffisantes pour faire un bon dentiste ; ils dirent aussi comment les travaux pratiques, si importants dans une profession où l'art du mécanicien tient une grande place, seraient peut-être mal compris, à coup sûr mal organisés...

Mais ils sentirent aussi que, pour empêcher une réglementation périlleuse de la profession, il ne fallait pas se borner à la défense d'un intérêt nécessairement égoïste. On ne pouvait méconnaître qu'avec les développements même de la science, il y eût des inconvénients sérieux, parfois des dangers à livrer les patients à des mains inexpertes. Si la profession voulait demeurer libre, il fallait qu'elle fût à la hauteur des besoins du public. Il fallait que l'art dentaire eût comme en Amérique ses écoles, et qu'il formât ainsi une pépinière de praticiens instruits, donnant à l'intérêt public les garanties nécessaires.

La loi de 1875, sur la liberté de l'enseignement supérieur, vint à point pour leur permettre de donner à leurs théories une application tangible. Déjà ils avaient constitué en avril 1879 un groupement professionnel sous le nom de Cercle des dentistes de France, devenu depuis l'Association générale des dentistes de France ; ils lui avaient donné un organe, *le Bulletin du Cercle des dentistes de Paris*, devenu *L'Odontologie*. Le 25 mars 1880, ils fondaient enfin l'Ecole dentaire libre de Paris.

Ce n'était pas l'immeuble si vaste, si bien aménagé que vous connaissez. C'était un appartement modeste au 2e étage du n° 23 de la rue Richer. L'Ecole ne comptait que 46 élèves, en y comprenant les fondateurs, qui, par une modestie charmante, déclaraient qu'ils avaient encore beaucoup à apprendre.

La difficulté même de l'entreprise avait exalté chez eux le sentiment professionnel : ils n'épargnèrent ni leur effort, ni leur temps, ni leur argent. Rarement l'initiative privée aboutit à d'aussi féconds résultats. A dire vrai ils ne purent pas atteindre leur idéal : ils désiraient que leur profes-

sion demeurât entièrement libre et qu'elle se réformât elle-même. Ils avaient montré par leur exemple qu'elle n'en était pas incapable. Le nombre des étudiants grossissait sans cesse ; les cliniques s'ouvraient généreusement aux indigents. N'avait-on pas le droit d'espérer que par la force des choses les incapables et les charlatans seraient éliminés même dans les campagnes par des dentistes diplômés ?

Mais vos anciens avaient à compter avec un groupe de stomatologistes qui avaient, eux aussi, fondé en 1884 une école rue de l'Abbaye. Ils avaient surtout à tenir compte des tendances de l'esprit public. Ils obtinrent tout au moins que l'Etat n'eût pas, comme il arrive quelquefois, la main maladroite et pesante.

Quand on élabora la loi, qui devait rajeunir la loi de ventôse an XI sur l'exercice de la médecine, on n'eut garde cette fois d'oublier les dentistes. Mais on ne songea pas à les assimiler aux médecins. On leur fit une place à part.

Dans la prochaine leçon j'aurai l'occasion d'examiner avec vous cette loi du 30 novembre 1892, devenue la charte de votre profession. Vous verrez qu'elle répond d'une façon générale à ce criterium des lois libérales : de n'imposer à l'exercice d'une profession que les limites exigées par l'intérêt public.

J'espère que vous m'accorderez comme aujourd'hui votre bienveillante attention. Nous aurons, dans l'étude de la loi de 1892, à résoudre quelquefois des difficultés un peu ardues pour des intelligences qui ne sont pas familières avec les idées juridiques. Soyez assurés que je ferai tous mes efforts pour être clair et pour être simple. Ma seule ambition est de mériter votre sympathie, en vous apprenant à être utiles dans la profession si honorable où vous allez entrer.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES DE LA CINQUIÈME PAIRE PAR LES INJECTIONS LOCALES D'ALCOOL

PAR P. VANEL,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Les névralgies du trijumeau nous intéressent particulièrement, nous dentistes, pour plusieurs raisons : elles ont en effet pour siège la région sur laquelle nous exerçons notre art, elles ont souvent pour cause le système dentaire, c'est enfin une affection qu'il nous est permis de voir assez fréquemment.

Tout traitement doit être précédé d'un examen sévère, ayant pour but de découvrir la cause provocatrice. La douleur n'est-elle qu'un symptôme, la thérapeutique se réduit au traitement de la lésion causale : ophtalmie, dacryosystite, sinusites, otites, carie dentaire, tumeurs ; le plus souvent dans ces cas, la névralgie disparaît avec la guérison de l'affection primitive, déterminante. La névralgie est-elle au contraire d'ordre général, relève-t-elle d'un état diathésique, c'est d'abord par un traitement interne, spécial selon les différents cas qu'il faudra combattre la douleur.

Bien entendu, on peut, on doit même appliquer le traitement symptomatique que je ne ferai que citer et qui comprend les narcotiques et les calmants, la révulsion, l'électrisation.

Dans les cas rebelles, dans les cas où aucune cause apparente ne semble exister, dans les cas de névralgie faciale dite essentielle, c'est sur le nerf lui-même qu'il faut intervenir, soit à ses extrémités aux points d'émergence, soit sur son trajet, soit sur son origine, le ganglion de Gasser. Plusieurs moyens sont en notre pouvoir pour atteindre ces différents buts : d'une part, la simple section, la résection, l'élongation, l'extirpation, qui sont les interventions de grande chirurgie que l'on peut pratiquer sur le trijumeau. D'autre part les injections des liquides anesthé-

siques, injections superficielles ou profondes qui constituent ce que j'appellerai par comparaison les interventions de petite chirurgie sur la cinquième paire cranienne.

Le chlorhydrate de cocaïne en injection *loco dolenti* a donné quelquefois de bons résultats entre les mains de Pitres et Verger, de Malherbe, de Lagrave. D'autres ont employé le chloroforme, l'éther, l'alcool. Frank, Neuber sont allés jusqu'à injecter une solution aqueuse d'acide osmique à un pour cent.

Sclœsser, de Munich, fut le premier à employer l'alcool à 80°, méthode qui fut contrôlée et vulgarisée en France par Ostwald, Lévy et Baudoin, Brissaud et Sicard.

Ce traitement des névralgies du trijumeau par injections d'alcool à 80° est une méthode thérapeutique relativement récente, quelques années au plus, méthode de technique facile et dont les résultats merveilleux attirent l'attention.

A ce point de vue, le trijumeau peut être atteint en plusieurs endroits, origine, tronc ou canaux d'émergence, c'est-à-dire au niveau du ganglion de Gasser, des trous ovale et grand rond — au niveau du diploé des os maxillaires inférieurs et supérieurs, au canal dentaire inférieur, à l'épine de Spix, au canal palatin postérieur — enfin au niveau des orifices sus-orbitaire, sous-orbitaire et mentonnier.

Selon que l'on veut atteindre tel ou tel de ces points, l'opération est tout à fait différente, de technique plus ou moins compliquée, d'importance plus ou moins grande, de pronostic plus ou moins sévère.

Entre toutes, une méthode m'a semblé séduisante par ce fait qu'elle ne présente que des avantages et paraît véritablement ne jamais devoir provoquer d'accidents immédiats ou tardifs si l'opérateur est resté à la fois prudent et rigoureusement aseptique. Cette méthode consiste à atteindre le nerf au niveau de ses émergences périphériques, aux orifices sus et sous-orbitaires et mentonnier ; elle est fort simple, elle n'a pas la prétention de guérir toutes les névralgies faciales, mais dans les cas de névralgies de moyenne

intensité et bien localisée elle peut rendre de grands services ; voilà son intérêt, il n'est pas, je pense, à dédaigner.

La technique est simple, les complications sont rares, de l'attention et du soin suffisent; aussi ai-je pensé faire œuvre utile en entreprenant ce modeste travail, persuadé que cette opération pourrait être facilement exécutée par beaucoup, opération qui je le répète, est de bien peu d'importance en comparaison des résultats espérés et obtenus.

Il n'en est pas de même des autres voies d'accès sur le nerf trijumeau, et il n'est pas donné à tous d'oser, de pouvoir faire sans danger, sans crainte aucune, une injection dans le diploé osseux, ou bien au niveau du canal palatin postérieur, des trous grand rond et ovale, et mieux encore au niveau même du ganglion de Gasser.

Modus faciendi. — On peut se servir de nos seringues ordinaires puisqu'on n'emploie jamais plus de 1 à 2 centimètres cubes de liquide. Aiguille fine de 8 dixièmes de millimètre environ et d'au moins 4 centimètres de longueur. — Alcool à 80° pur et sans mélange. Le champ opératoire sera lavé à l'eau savonneuse tiède et à l'éther, et il est préférable d'anesthésier au préalable la région à l'aide de la solution de cocaïne ou de stovaïne au centième.

A l'échancrure ou canal sus-orbitaire on a affaire au nerf sus-orbitaire, branche de l'ophtalmique. Il est assez facile de se rendre compte à la palpation de la configuration de la région : s'il y a canal, l'aiguille sera dirigée obliquement de haut en bas et un peu en dehors ; s'il y a échancrure directement dans la direction de la voûte orbitaire. Pour cette opération la seule chose à craindre est l'œil que l'on doit protéger avec l'extrémité de l'index en faisant glisser l'aiguille sur ce doigt.

Au trou sous-orbitaire, on se trouve en présence du nerf sous-orbitaire, branche du nerf maxillaire supérieur : l'orifice est facile à trouver ; la pénétration donne une sensation nette, mais il faut être prudent, ne pas enfoncer l'aiguille

de plus d'un centimètre environ, de façon à ne pas pénétrer soit dans le sinus, soit dans la cavité orbitaire.

Au trou mentonnier émerge le rameau du nerf maxillaire inférieur ; là c'est encore plus facile, aucune difficulté, aucune crainte de léser des organes importants.

L'injection n'est bien faite que si l'on constate l'apparition de l'anesthésie dans le domaine de la branche nerveuse injectée ; l'amélioration ou la guérison sont de durées variables ; quelquefois une seule injection suffit, souvent plusieurs sont nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant.

En général cette petite opération est bénigne et ne s'accompagne d'aucune complication, cependant on peut voir apparaître quelques accidents.

L'injection d'alcool à 80° dans les tissus et autour du nerf n'est pas très douloureuse si l'aiguille est bien là où elle doit être et si l'on pousse doucement le piston ; la sensation douloureuse, si elle existe, ne persiste en tous cas que peu de temps, quelques jours.

La blessure des vaisseaux n'est pas grave, elle s'accompagne simplement d'hématome et d'ecchymose plus ou moins considérables suivant la lésion et la région.

Assez souvent on constate de l'œdème. Après la piqûre au niveau du nerf sus-orbitaire, la paupière peut devenir énorme, ecchymotique même et rendre totale l'occlusion de l'œil. Au niveau du trou sous-orbitaire, l'œdème est parfois aussi très accusé s'étendant jusqu'à la lèvre supérieure ; par contre on constate rarement d'œdème au trou mentonnier, je dois ajouter que cet œdème est fugitif et sans suite fâcheuse.

Lévy et Baudoin, Sicard ont signalé, « au niveau de la région cependant anesthésiée, l'apparition d'un prurit avec » sensations de piqûres d'épingles, de chatouillements, sensations ne se reproduisant qu'à intervalles plus ou moins » éloignés et cédant spontanément après quelques semaines ».

Un accident, très désagréable mais très facile à éviter

est la parésie des rameaux du nerf facial à la suite d'une injection mal faite au niveau du trou sous-orbitaire. L'aiguille n'ayant pu pénétrer dans le canal, l'alcool se répand dans les téguments superficiels et touche les filets du facial ; la guérison peut être longue à survenir.

Tel est l'exposé clinique de la question et tels sont les résultats merveilleux que l'on peut obtenir par cette méthode simple, mais précise, l'injection locale d'alcool pour le traitement des névralgies du trijumeau. Au point de vue anatomo-pathologique la question est également très intéressante : quelle est l'action de l'alcool, agit-il par action dégénératrice sur la fibre nerveuse, agit-il par réaction sur le ganglion de Gasser ou de toute autre façon? C'est un point qui n'est pas encore très bien élucidé.

Je terminerai, cette étude, par une observation personnelle suivie jusqu'à ce jour de guérison.

Mme D..., 31 ans, vient me consulter au mois de juin 1908. Elle est atteinte de névralgie faciale depuis un an, traitée sans grand succès par son médecin qui, lassé, me l'adresse, voyant dans le mauvais état de sa bouche la cause possible de cette névralgie.

C'est une femme petite, maigre, chétive, délicate, craintive, nerveuse, excessivement impressionnable, mariée, pas d'enfants, bien réglée, c'est une névropathe et une arthritique, pas de syphilis, pas de sinusites, pas de lésions de l'œil ni de l'oreille, mais bouche et dents en très mauvais état.

Maxillaire inférieur :

2e P. M. D. 4° avec fistule.
1re et 2e G. M. D. racines séparées.

Maxillaire supérieur :

2e G. M. D. racines.	1re G. M. D. 2°.
1re P. M. D. 4°.	2e P. M. S. D. 2° avancé traité comme 3°.
C. Sup. G. 4°.	I. L. D. 2° avancé traité comme 3°.
2e G. M. G. 4°.	I. C. D. 2°.

Tartre abondant. Gingivite.

La malade souffre d'une névralgie faciale du trijumeau

unilatérale — droite — de la branche ophtalmique (Front, crâne pariétal temporal) avec deux points très douloureux : un sus-orbitaire, un au niveau de la partie moyenne de la suture fronto-pariétale.

Cette névralgie se traduit surtout par des douleurs à accès paroxystiques, survenant plus souvent le jour que la nuit, de causes variables (courant d'air, contrariété, fatigue, pression sur la tête) accès irréguliers de fréquence et d'intensité variables ; souvent période d'accalmie de quelques jours, vingt-cinq jours à la suite du traitement bucco-dentaire.

Dans les accès aigus, vertiges, photophobie, état général mauvais, irritabilité extrême, malade déprimé, mélancolique.

Le traitement de la gingivite et des caries dentaires n'ayant donné qu'une accalmie, je fis une injection d'alcool à 80°, environ un demi-centimètre cube au niveau de l'émergence du nerf frontal externe. Les suites opératoires furent les suivantes : léger œdème, douleur vive pendant 24 heures, douleur sourde pendant cinq jours, puis disparition de la sensibilité et des accès, et trois mois après une seule injection, la névralgie n'a pas encore reparu.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er décembre 1908.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle sous la présidence de M. Barrié, président, le 1er décembre 1908 à 9 heures, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Le procès-verbal de la séance du 13 octobre est adopté à l'unanimité.

Il est donné lecture d'une lettre de regrets de M. Baudet, empêché d'assister à la séance.

I. — RAPPORT DE LA COMMISSION PROVISOIRE DE TERMINOLOGIE ET DE CLASSIFICATION EN ORTHODONTIE.

M. Georges Villain. — La Commission provisoire que vous avez nommée pour la question de terminologie et de classification s'est réunie le 15 octobre. Elle propose le plan de travail suivant :

1° La Commission créera une sorte de consultation où seront entendus tous les confrères désirant apporter leur avis ou leurs travaux ;

2° Prenant pour base le travail de M. Georges Villain, qui provoqua la formation de la Commission, celle-ci discutera ce travail et ceux que d'autres pourront apporter, afin d'aboutir à une terminologie précise ainsi qu'à une classification ;

3° La Commission, par l'organe de son rapporteur, soumettra son rapport à l'approbation de la Société d'Odontologie. Ce rapport, après avoir été adopté, sera porté à la connaissance de toutes les Sociétés scientifiques professionnelles françaises par l'intermédiaire de la Fédération dentaire nationale.

La F. D. N. devra soumettre le rapport définitif, adopté par les Sociétés scientifiques françaises, à la Commission de terminologie de la Fédération dentaire internationale.

Votre Commission vous propose de s'adjoindre pour former la Commission définitive MM. Francis Jean et P. Martinier, qui n'avaient pas été désignés pour faire partie de la Commission primitive, ainsi que tous autres membres que vous voudrez bien citer.

M. Godon. — La Commission que vous aviez nommée précédemment a tout de suite examiné ce qui pouvait être fait, au point de vue de la terminologie dentaire, à propos de la classification en matière d'orthodontie.

A la suite d'une communication de M. Georges Villain, il avait été nommé une première Commission. Cette Commission a considéré qu'elle avait été nommée simplement à titre provisoire, que le travail

qu'il y avait à faire était extrêmement important au point de vue pédagogique. Vous savez combien sont nombreuses les classifications en cette matière. Vous connaissez tous les classifications de Magitot, de Gaillard, d'Angle, de Case. Nous avons nous-même traité de la question dans nos volumes du Chirurgien-Dentiste. M. Villain, de son côté, moi du mien[1] et divers auteurs, nous avons pensé qu'on pourrait fondre ces différentes classifications en une seule, parce que chacune contient des termes à éliminer, d'autres à conserver, d'autres qu'on pourrait combiner. L'idéal serait d'aboutir à une classification unique.

C'est là un gros travail, et la première Commission que vous avez nommée a pensé qu'elle n'avait pas une autorité suffisante pour l'entreprendre dès maintenant, parce qu'elle avait été nommée en fin de séance et sans qu'un plan défini ait été indiqué. Dans sa première réunion elle s'est bornée à ceci : 1° définir les pouvoirs de cette Commission ; 2° établir un plan de travail. Pour ce qui est de la définition des pouvoirs de la Commission, nous avons pensé, vu les conditions dans lesquelles elle avait été nommée, qu'elle n'avait qu'un titre provisoire et que son rôle devait se limiter à indiquer le plan de travail de la Commission d'orthodontie, puis à faire nommer une Commission ayant plus d'autorité et dont les pouvoirs auraient été définis dans une séance spéciale.

Comme plan de travail, prenant comme base la première communication qui a été faite, on vous propose de donner pouvoir à cette Commission d'appeler dans son sein tous ceux que la question intéresse, pour les prier d'étudier la question sous ses différentes formes et de faire des rapports. Puis on nommerait un rapporteur qui, réunissant tout ce qu'il y a d'intéressant dans ces différents rapports, viendrait en un rapport général vous présenter un travail qui serait discuté devant la Société d'Odontologie. Les différentes communications faites devant la Commission seraient publiées au fur et à mesure dans *L'Odontologie*, de sorte que tous ceux qui s'intéressent à la question pourraient participer aux travaux de la Commission.

M. Georges Villain vous proposait tout à l'heure d'adjoindre à la Commission deux confrères qui s'occupent, comme vous le savez, depuis longtemps d'orthodontie : M. Martinier et M. Francis Jean.

On pourrait adjoindre d'autres membres que vous pourriez nommer à cette séance, si vous voulez.

Je crois que la discussion ce soir pourrait porter sur ces deux points :

1° Sur le travail ; 2° sur la composition de la Commission. Il n'y a aucun inconvénient à ce qu'elle soit très nombreuse.

1. Voir Application de la méthode de reconstitution de l'équilibre articulaire au traitement des irrégularités dentaires : force intermaxillaire et plan incliné, *Odontologie*, 30 septembre 1908.

Il faudrait donner à cette Commission autant d'ampleur qu'à la Commission des réformes de l'enseignement dentaire, qui a obtenu de si beaux résultats, puisque c'est à peu près le travail de la Commission qui est actuellement adopté par le Ministère de l'Instruction publique. Je vous rappelle aussi ce qu'un de nos collègues a dit à la séance de la Commission : M. Frey nous rappelait que le travail de la Commission peut être utilement répandu puisque nous aurons l'année prochaine le Congrès international de Berlin. Par la F. D. N. et la F. D. I., nous pouvons facilement arriver à présenter un travail qui puisse être adopté ensuite par le Congrès de Berlin. Un travail qui s'appuierait ainsi sur ce qui a été accepté et fait par la plupart de nos collègues en France, aurait bien des chances d'être adopté internationalement.

M. le Président. — Vous êtes d'avis, n'est-ce pas, messieurs, d'adopter les propositions de M. Godon, c'est-à-dire de nommer une Commission un peu plus importante, d'après le plan qui vous a été proposé par MM. G. Villain et Godon, et enfin d'adjoindre à la Commission primitive en particulier MM. Martinier et Francis Jean.

Ces deux noms sont adoptés ainsi que ceux de MM. Amoëdo, Cavalié, Douzillé, R. Lemière, Mendel-Joseph, Pont, G. Robin, Touchard. Avec les membres composant la Commission provisoire, la Commission définitive se trouve donc composée ainsi :

MM.	Amoëdo, de Paris.	MM.	Mendel-Joseph, de Paris.
	Baudet, —		Meng, —
	Cavalié, de Bordeaux.		de Névrezé, —
	Douzillé, d'Agen.		Pont, de Lyon.
	Francis Jean, de Paris.		G. Robin, de Paris.
	Frey, —		Touchard, —
	Godon, —		Touvet-Fanton, —
	R. Lemière, —		Georges Villain, —
	Martinier, —		Henri Villain, —

et de tous membres que cette Commission croira devoir s'adjoindre.

II. — Etude dynamique des dents a pivot, par M. Georges Villain.

M. G. Villain, dans sa communication, étudie les forces qui agissent sur les dents à pivot, et il déduit de son étude des considérations intéressantes qui doivent servir de guide dans le choix d'une forme rationnelle de dent à pivot. (Cette communication sera publiée.)

Discussion.

M. Roy. — J'adresse mes félicitations à M. Villain pour son intéressant travail. Néanmoins il me paraît qu'il omet, dans ses calculs, de

tenir compte d'un point important et que je ne lui ai pas vu signaler. Pour la commodité de son graphique et de ses calculs géométriques, il a représenté la dent à pivot par le pivot seul, il n'a tenu nul compte de la couronne qui est ajoutée à ce pivot. Or cela me paraît une faute au point de vue géométrique. Sans doute, la force exercée par le pivot s'exerce surtout à la partie cervicale de la racine, au point où le pivot pénètre dans la racine, mais il y a la couronne qui existe en ce point et la couronne justement joue un rôle. La couronne, en effet, s'appuie sur la racine, elle n'est pas suspendue dans le vide. Or, les calculs de M. Villain seraient justes si la couronne était suspendue dans le vide, si elle n'était que suspendue après le pivot. Mais la couronne, quel que soit le plan qui ait été fait, doit s'ajuster d'une façon hermétique à la section de la surface de la racine. Or, si elle s'adapte à la section de la surface de la racine, elle vient, dans le mouvement que vous avez représenté, faire effort sur la racine dans une direction verticale et même légèrement antéro-postérieure. Cette force, que M. Villain n'a pas représentée, joue un rôle très important, puisqu'elle vient contrebalancer la force qui s'exerce sur le pivot d'arrière en avant dans le mouvement représenté.

Ceci n'est pas pour incriminer les calculs faits par M. Villain, qui s'appliquent exactement au pivot, mais je crois qu'il y a lieu de ne pas négliger le rôle important que joue la couronne puisque, à la partie cervicale de la racine, elle exerce une action importante qui vient contrebalancer en partie l'action exercée par le pivot. Il est bon de tenir compte de ce facteur, ne serait-ce que pour insister sur la nécessité que la section de la couronne soit adaptée d'une façon aussi exacte que possible à la racine, puisque cela peut diminuer les risques de fracture de la racine. Cette force est une force physiologique puisqu'elle répond à peu près à la physiologie de la dent lorsqu'elle était entière.

Cela dit, je signale, en passant, ce que j'ai déjà dit dans un travail précédent, pour montrer la nécessité de toucher le moins possible au ligament radiculaire, pour ne pas compromettre la vitalité de la racine ; sans doute la demi-bague présente beaucoup moins d'objections que la bague entière. Je crois néanmoins que, dans les cas favorables présentant une racine de dent dans de bonnes conditions au point de vue de sa solidité, il y a avantage à faire une couronne simple, à condition de pouvoir mettre, ainsi que l'a montré M. Villain, un pivot suffisamment long dans la racine. Je crois que, dans ces cas, il est préférable de se passer même de demi-bague, pour les raisons que j'ai indiquées autrefois.

M. Godon. — Je veux, moi aussi, féliciter notre ami G. Villain de ses travaux. Il est évident qu'il y a à examiner et à discuter la question qu'il vient de nous exposer et qui peut soulever quelques critiques. J'enten-

dais quelqu'un auprès de moi qui disait avec raison : Jusqu'à présent nous avons fait des dents à pivot très bien, quoique empiriquement.

Il est cependant heureux que nous puissions nous expliquer, d'une manière plus scientifique, ce que nous avons à faire, et que nous arrivions à préciser certains points de notre technique et à les indiquer à nos jeunes élèves, au début de leurs études.

Je me félicite de voir M. G. Villain entrer dans cette voie à ce point de vue et aussi à mon point de vue personnel, puisque j'ai essayé déjà il y a deux ans d'expliquer dans cet ordre d'idées l'acte de la mastication.

C'est très intéressant de vouloir préciser, apprécier les forces auxquelles auront à résister les différents appareils que nous aurons à construire. Nous avons des fractures d'appareils et de dents qui, parfois, nous étonnent. Souvent c'est parce que nous n'avons pas mesuré suffisamment toutes les forces en présence.

Dans la figure schématique qu'il a faite très rapidement, je vous signale un point qu'il n'a pas dit, mais qu'il avait certainement dans l'esprit. Il met en présence les deux forces A et C et B et C et il fait le calcul de ces forces. Il ne faut pas oublier de tenir compte de la valeur de ces deux forces pendant la mastication.

Il y a ici une série de dents inférieures en présence d'une série de dents supérieures. Tout l'effort de contraction produit par les muscles masticateurs et transmis par cette série de dents de la mâchoire inférieure est contrebalancé par la série de dents supérieures opposées.

Si un certain nombre de molaires manquent, l'effort produit sur cette dent sera supérieur à ce qu'il est dans la normale. Il ne faut donc pas considérer simplement la pression exercée par une incisive inférieure sur une incisive supérieure, il faut envisager cette pression en tenant compte qu'elle pourra être de 1, 2, 3, 5, 6 ou 8, suivant qu'il existera ou n'existera pas de molaires inférieures en face des molaires supérieures. Voilà un premier point sur lequel je voulais appeler votre attention.

Je suis content d'avoir entendu ces explications sur la construction des dents à tenon. Pour ma part, j'ai fait longtemps l'expérience des couronnes Logan et des dents à pivot, et j'ai adopté, dans ma pratique, la dent à bague ou demi-bague, réservant la dent Logan à quelques cas tout à fait spéciaux, autrement dit j'ai remarqué par une longue expérience combien de fois se produisait cette fracture de la racine qu'on vous a signalée lorsqu'on n'a pas calculé d'une manière suffisante la résistance de la dent, lorsqu'on avait à faire une simple dent à pivot sans bague ou demi-bague. Ces accidents se produisent le plus souvent dans les incisives latérales et dans les prémolaires

dont les racines sont très faibles. Les grandes incisives et les canines résistent davantage, les accidents sont moins fréquents, ils se produisent cependant quelquefois. On a donc bien raison d'appeler votre attention sur la faiblesse de cette région.

M. Roy a dit tout à l'heure : on oublie un facteur, on oublie une force : c'est celle produite par le bloc bien ajusté qui viendrait modifier quelque peu les calculs de M. Villain. Cela ne modifie pas beaucoup les forces en présence car si vous ajoutez cette force à celle déjà indiquée, vous avez deux forces qui agissent sur la dent et sur le pivot. Si vous cherchez la résultante et que vous construisiez un parallélogramme, la résultante sera une ligne se rapprochant comme direction de celle déjà indiquée dans la figure de M. G. Villain, donc vous aurez toujours une pression exercée sur la même région, ce qui vient encore renforcer l'argument de M. Villain.

Mais cette force que nous signale M. Roy est à noter, à examiner, parce que lorsqu'elle agira, lorsqu'elle ne sera pas neutralisée, elle aboutira à ce que vous voyez souvent : une fracture de la dent de porcelaine.

Pour conclure je suis heureux d'avoir entendu ces explications scientifiques très intéressantes qui font comprendre les conclusions auxquelles arrive le praticien. Les demi-bagues et les bagues sont des adjuvants nécessaires des pivots; on ne doit, le plus souvent, se risquer à construire la simple dent à pivot que lorsqu'on est assuré qu'il y a une série suffisante de dents pour neutraliser la force de mastication, et que la dent artificielle n'aura à supporter que la seule pression d'une dent exercée contre une autre dent, et qu'en ce qui concerne l'articulation la racine est suffisamment saine dans les régions où elle a à supporter le plus grand effort de pression. La démonstration qui vient de vous être faite vient, une fois de plus, confirmer les données de l'expérience et nous les expliquer scientifiquement. C'est à ce point de vue que je tiens à féliciter encore notre ami Villain.

M. Roy. — Je tiens à revenir un peu sur ce que j'ai dit tout à l'heure, pour compléter ma pensée.

Ce qui vient encore renforcer l'argumentation que j'ai présentée il y a un instant, c'est que j'ai pris le cas le plus défavorable, celui où la racine a une section horizontale.

Or M. Villain a insisté, avec raison, sur l'utilité de tailler en plan incliné la partie postérieure de la section de la racine pour diminuer la force qui s'exerce sur la paroi externe de celle-ci ; mais, si la section de la racine est taillée en plan incliné à la partie antérieure, formant un dos d'âne complet (démonstration au tableau), la pression exercée par la couronne se trouve reportée encore plus en avant que dans le cas d'une section plane et, par conséquent, elle viendra contrebalancer encore plus la force qui s'exerce d'arrière en avant sur le

pivot et la racine. Si M. Villain a insisté sur l'utilité de faire un plan incliné postérieur, j'insiste donc sur l'utilité de faire un plan incliné antérieur, ce qui est beaucoup plus facile à faire. En effet, quand vous faites une dent à pivot, vous devez faire la section de la racine à un niveau aussi bas que possible, au-dessous de la gencive pour dissimuler la solution de continuité. Or cette disposition permet justement la formation de ce plan incliné antérieur qui vient contrebalancer d'une façon très efficace la force qui a tendance à briser la racine.

Je me rallie à l'idéal proposé par M. Villain concernant l'utilité du plan incliné postérieur, mais je crois qu'il y a utilité au moins aussi grande à faire un plan incliné antérieur parce que ce plan, qui est commandé par l'esthétique, est encore indiqué au point de vue mécanique, puisqu'il s'oppose aux forces qui tendent à venir fracturer la paroi antérieure de la racine.

M. de Névrezé. — Il y a un point que les différents orateurs, qui ont pris la parole jusqu'à présent, n'ont pas soulevé. On cherche en pratique pour les différentes dents à tenon ou à pivot, comme vous voudrez les appeler, si on ne pourrait pas arriver à diminuer la puissance. Cette puissance, quelle est-elle ? C'est la force masticatoire. Ceci représente pour moi la clef de la question, parce que nous avons tous les jours et dans tous les cas à examiner la force, la puissance de la mastication. Je puis même dire que c'est la principale chose à examiner.

Comment arriverons-nous à diminuer la puissance ?

Il y a des occlusions longues, il y a des occlusions basses. Une occlusion longue est une occlusion dans laquelle la force masticatoire est diminuée par ce fait même qu'elle est longue. Une occlusion basse est une occlusion dont la force masticatoire est très puissante. Ceci nous amène immédiatement à poser les indications non seulement des couronnes à face postérieure en or, mais même des couronnes à face postérieure en porcelaine et je puis même dire des bridges complets en porcelaine.

Les dents en porcelaine sont d'une grande fragilité, elles sont donc réservées d'une façon absolue à une occlusion longue. Les bridges en porcelaine appartiennent également à ces sortes d'occlusions.

Je dirai simplement qu'outre ce détail qu'il est nécessaire d'augmenter autant que possible la résistance de la couronne artificielle, il y a un deuxième facteur qui est le facteur le plus important de tout : c'est de diminuer la puissance. On peut y arriver de deux façons : en augmentant la hauteur de l'occlusion, soit par des couronnes mises sur les molaires, soit encore par des blocs d'or mis sur les molaires et les prémolaires.

C'est là tout ce que j'avais à dire, mais cela me paraît être un point

important, puisqu'il représente la partie opposée de la question si bien étudiée par mon confrère M. Georges Villain.

M. Touchard. — Je veux tout d'abord féliciter M. Villain d'avoir démontré scientifiquement une question que nous avons traitée jusqu'ici empiriquement. Il est bien évident que la dent Richmond, la bague, la demi-bague répondent à une nécessité. Il nous a signalé un seul inconvénient : la fracture de la dent. Il nous a montré quelles étaient les forces qui agissaient et il a présenté le cas le plus fâcheux : celui de la fracture. Or il en est un autre qui suffirait à justifier son intéressante démonstration, je veux parler de la déviation du pivot ; en effet lorsqu'une dent à pivot est en présence des forces agissantes dont parle M. Villain, l'action de ces forces se fera sentir sur le pivot qui sera dévié s'il est trop faible, ou bien, s'il résiste, la fracture se produira sur le point faible de la racine. Le remède nous le trouvons dans l'emploi des bagues ou des demi-bagues. Nous avons appliqué des dents à pivot avec un ajustage aussi précis que l'exigeait M. Roy, tout à l'heure ; eh bien, malgré la précision du travail, les inconvénients ont été souvent ceux dont nous parlons plus haut. Avec la bague rien de pareil ne s'est produit. Ce que je viens de dire est la confirmation clinique de la théorie développée si magistralement par M. Villain.

Quant à la question que vient de soulever M. de Névrezé bien que très intéressante, elle se rapporte davantage aux déviations dentaires, dans la maladie de Fauchard. Elle mérite, elle aussi, d'être traitée avec tout l'intérêt qu'elle comporte.

M. Georges Villain. — En réponse à M. Roy, je dirai tout d'abord que je n'ai pas parlé de la force de résistance du plan incliné vestibulaire, je n'ai fait qu'en mentionner l'utilité au point de vue esthétique. La résistance du plan incliné antérieur ou vestibulaire est nulle et je pourrais vous en faire la démonstration aisément ; il existe en dynamique ce que l'on appelle le mouvement virtuel, ce mouvement existe sur les dents que nous plaçons, il est imperceptible, c'est possible, mais il n'en existe pas moins ; or si la dent sous l'effort est poussée d'une direction antérieure le plan incliné postérieur ou lingual de la couronne artificielle vient s'appuyer fortement sur le plan incliné correspondant de la racine tandis que le plan incliné antérieur de la couronne s'écarte du plan correspondant de la racine.

Ce serait vous prendre toute une soirée que de refaire ici tous les problèmes de statique et de dynamique qui m'ont permis de déterminer l'angle du plan incliné. Mais je n'ai étudié que le mouvement virtuel, car il est bien entendu que je parle de la dent à tenon fixe, la dent à pivot mobile ne devant, à mon avis, jamais être employée comme couronne simple. Il est évident que si nous nous servions d'une dent à pivot mobile le plan incliné antérieur de la couronne viendrait s'appuyer fortement sur celui de la racine. C'est ce

qui arrive dans les dents à tenon de platine mou, comme les dents de Logan, c'est également ce qui explique la solidité de ces dents relativement aux autres ; il est juste de remarquer que cette solidité existe au détriment de l'esthétique, la couronne étant projetée en dehors, et de la conservation de la racine puisque la couronne par sa projection oblique en dehors quitte la racine et forme un espace où les aliments séjournent causant de la gingivite, de la pyorrhée et de la carie.

M. Godon en nous rappelant le parallélogramme des forces indique combien la destruction de l'équilibre des forces augmente le besoin de résistance des dents à tenon et des racines qui les supportent.

Je n'ai pas parlé à dessein de l'augmentation de force qui s'exerce sur une couronne d'incisive lorsque les molaires font défaut, pas plus, du reste, de bien d'autres cas que nous rencontrons en clinique. En clinique, nous devons tout considérer, le patient, homme ou femme, la force masticatoire, très variable avec les individus, les anomalies, etc.

Je me suis placé au point de vue général, considérant la bouche normale, et si j'aboutis à des conclusions précises, sur la forme à donner à la racine, et l'emploi de la demi-bague, il devient évident que si les molaires manquent, par exemple, mes conclusions prennent une importance encore plus grande.

Du reste, la force exercée sur les incisives ne se fait que dans l'acte de l'incision, lorsque le sujet veut couper un aliment, à ce moment les molaires ne sont plus en contact, le résultat est donc le même, qu'il y ait ou non des molaires dans la bouche.

Il n'en est pas de même des anomalies d'occlusion, plus il y a de surocclusion (occlusion longue), plus la résistance à l'effort est considérable, et plus il y a surocclusion, plus problématique devient la possibilité d'établir un plan incliné puisque la partie métallique recouvrant ce plan doit être rigide, c'est-à-dire épaisse, et en ce cas nous ne pouvons pas employer une couronne de porcelaine. Avec une occlusion courte, nous pouvons au contraire employer la porcelaine et nous pouvons même nous dispenser de plan incliné, lorsque l'occlusion se fait bout à bout, la force étant, en ce cas, dirigée dans l'axe vertical de la dent.

Les prémolaires qui, normalement, par l'engrènement de leurs cuspides, nécessitent l'emploi de bagues entières, peuvent être montées sur plan horizontal sans bagues lorsque les cuspides sont aplanies par l'abrasion.

Ce sont là des faits cliniques à étudier pour chaque cas, mais qui n'entrent pas dans le cadre de ce travail.

De même pour ce que dit M. de Névrezé, dans un cas de pyorrhée, ou lorsque nous devons remplacer un certain nombre de dents, il y a quelquefois indication absolue du rehaussement total

de l'occlusion, mais je n'ai envisagé, je le répète, que le cas simple et je ne crois pas que nous soyons autorisés à surélever la surface occlusale de toutes les dents pour nous faciliter le remplacement d'une seule dent ; nous ne pouvons nous amuser à rehausser toutes les dents pour remplacer une incisive par exemple !

Quant à ce que nous a dit M. Touchard au sujet des pivots de platine mous, je ne puis que le remercier d'avoir par ces quelques mots renforcés mes arguments, et je déclare que, quoique jeune, il y a bien longtemps que je n'emploie plus les dents Logan.

III. — Note sur l'anesthésie pulpaire par les injections de cocaine-adrénaline, par MM. H. Dreyfus et Vanel.

M. Dreyfus. — M. Vanel et moi nous sommes rencontrés au même moment sur la même question. Nons vous demandons d'exposer successivement nos communications afin d'en faire une commune discussion.

M. Dreyfus (V. *Odontologie*, 15 janvier 1909, p. 90) et M. Vanel donnent lecture de leurs communications.

Discussion.

M. Roy. — A l'appui de ce que viennent de dire M. Dreyfus et M. Vanel, je dois dire que, mon ami Dreyfus m'ayant mis au courant des bons résultats qu'il obtenait avec la cocaïne-adrénaline, j'ai fait, moi aussi, quelques expériences avec cette préparation, me servant des petits comprimés connus sous le nom de *Dolorant* pour faire ma solution ; les résultats que j'ai obtenus sont tout à fait parfaits et la cocaïne-adrénaline a un pouvoir anesthésique sur la pulpe et la dentine aussi parfait que la novocaïne, aussi ai-je délaissé maintenant la novocaïne pour la cocaïne. Cependant je dois reconnaître que la novocaïne donne peut-être une anesthésie plus prolongée que la cocaïne. En effet j'ai pu faire une expérience comparative chez une de mes malades. Je lui ai fait, une première fois, une injection de novocaïne pour une première grosse molaire supérieure, et, quelques jours après, une injection de cocaïne pour une seconde prémolaire inférieure. Il s'agissait dans l'un et l'autre cas, d'une préparation de cavité de carie du 2e degré pour inlay d'or. Dans les deux cas l'anesthésie fut parfaite ; mais, alors que la sensibilité commençait à revenir au moment de la prise de l'empreinte dans la prémolaire inférieure, anesthésiée à la cocaïne, l'insensibilité était encore parfaite après l'opération dans la grosse molaire anesthésiée à la novocaïne, et la patiente me disait avoir eu la sensation d'anesthésie de sa dent plus d'une demi-heure après m'avoir quitté.

Tout en rendant hommage au travail qu'a fait en son temps mon excellent ami Touchard, je lui ferai un reproche, c'est celui de ne pas

être venu apporter cette communication dans un milieu dentaire et de l'avoir porté à l'Académie de médecine, dans un milieu incompétent pour ces questions de technique spéciale. C'est un reproche que j'ai déjà exprimé dans une réunion d'amis et que je tiens très franchement et très amicalement à lui refaire publiquement, car il y a eu un gros inconvénient à ce qu'il procède ainsi.

MM. Pitot et Quintin, on doit le reconnaître, ont eu, avec leur méthode, un très gros avantage, un très grand succès, parce qu'ils sont venus apporter leur travail dans les milieux professionnels, ils sont venus le soumettre à la discussion de leurs confrères. C'est à cela surtout qu'ils doivent leurs succès. Je regrette pour M. Touchard qu'il ne nous ait pas en son temps apporté son travail qui eût été discuté et mis au point comme cela a été le cas pour celui de MM. Pitot et Quintin. Je le regrette aussi pour moi, pour nous tous, parce que nous pratiquerions peut-être tous depuis longtemps, l'anesthésie de la dentine, si nous avions discuté publiquement, dans une assemblée comme celle-ci, les expériences faites par M. Touchard. Mais les expériences de M. Touchard, telles qu'il les avait présentées, manquaient de constance dans les résultats.

Ainsi que M. Vanel l'a dit tout à l'heure, ainsi que cela a été dit à la dernière séance, beaucoup d'entre nous ont expérimenté il y a quelques années l'anesthésie pulpaire et dentinaire avec la cocaïne, mais nous n'avons pas obtenu à cette époque de résultats appréciables. Pourquoi ? Parce que : 1° nous ne connaissions pas la technique des injections de cocaïne pour ce but spécial ; 2° parce que nous n'employions que la cocaïne seule qui donne des résultats très imparfaits.

Il y a en effet un point très important qui a été bien mis en lumière par MM. Pitot et Quintin pour la novocaïne. C'est que l'adjonction d'adrénaline, de l'extrait de capsule surrénale, est indispensable pour obtenir l'anesthésie pulpaire. Avec la novocaïne seule, ont-ils dit, nous n'obtenons rien : il faut y ajouter la suprarénine et les résultats sont excellents. Ainsi que l'ont constaté tous ceux qui ont expérimenté la cocaïne, ainsi que vient de le dire encore M. Vanel dans sa communication, il en est de même avec la cocaïne ; seule elle ne donne que de rares et imparfaits résultats alors qu'au contraire associée à l'adrénaline elle donne une anesthésie pulpaire parfaite.

Cette association de l'adrénaline à l'anesthésique employé est une question capitale et c'est un des mérites de MM. Pitot et Quintin d'en avoir montré toute l'importance. Je crois même qu'il y a lieu de rechercher plus loin et de voir, ainsi que l'indique déjà M. Dreyfus dans sa communication si l'adrénaline à elle seule n'est pas capable de donner l'anesthésie pulpaire.

Il y a enfin cette question de la technique des injections. C'est

encore là un point très important qui a été également indiqué par MM. Pitot et Quintin et on peut dire que, grâce justement aux discussions provoquées par leur communication, grâce aux expériences auxquelles les uns et les autres nous nous sommes livrés, cette question a été complètement élucidée et la technique paraît aujourd'hui bien établie; elle est tout à fait différente de celle nécessaire à l'extraction des dents et doit porter au voisinage le plus proche possible de l'apex. Cette technique est donc, elle aussi, une question primordiale, j'y attache, pour ma part, une très grande importance; je poursuis à cet égard des expériences, dont je viendrai peut-être vous entretenir un jour, et qui viendront, je pense, démontrer d'une façon intéressante l'importance de ce point.

M. Touchard. — Je veux tout d'abord remercier M. Dreyfus et M. Vanel, qui viennent confirmer un fait que j'avance depuis cinq ans et demi. MM. Pitot et Quintin ont semblé oublier précisément mes travaux antérieurs. C'est là un point sur lequel je n'ai pas voulu insister à cause de considérations personnelles.

M. Roy oublie qu'à une séance pratique, bien antérieurement à celle où MM. Quintin et Pitot ont fait leur démonstration, j'ai fait des injections devant M. Quintin lui-même, qui m'a alors félicité des résultats auxquels j'arrivais.

M. Roy m'a dit tout à l'heure que j'aurais dû faire une communication dans des Sociétés professionnelles, qu'il me permette de répéter que si je me suis volontairement éloigné de vos séances, c'est pour des raisons particulières sur lesquelles je n'ai pas à revenir. J'ai fait cette communication à l'Académie de médecine. Bien qu'elle fût faite devant des profanes, dites-vous, il sembla cependant que cette communication avait une certaine importance pour eux, car ils l'ont écoutée avec attention et je ne sache pas d'ailleurs qu'à l'Académie de médecine — où on ne manque pas de communications — on permette à un auteur de lire et de présenter lui-même sa communication, si celle-ci n'a pas frappé par son originalité les membres de la Commission chargée de la recevoir.

Les questions de succès et de demi-succès de l'anesthésie, je les ai mises en valeur très franchement. J'ai joint à ma communication vingt observations qui ont été relevées, pour la plupart, par mon chef de clinique M. Péré. J'ai constaté moi-même que la cocaïne n'était pas toujours certaine ni suffisante dans ses effets quant à l'opération de la pulpectomie, c'est alors que j'ai eu l'idée — et j'insiste – c'est alors, dis-je, que j'ai eu l'idée d'y ajouter de l'adrénaline, car l'anesthésie avec la cocaïne seule ne permet pas de dire toujours que l'anesthésie sera parfaite. Mais à l'époque, mes prétentions n'allaient pas encore jusqu'à présenter une anesthésie pour l'extraction de la pulpe. Je m'étais borné à l'anesthésie dentinaire.

C'est donc à ce moment-là que j'ai adjoint l'adrénaline à la cocaïne pour toutes les opérations que j'ai faites.

Quant à MM. Quintin et Pitot, je ne crois pas qu'ils puissent dire, quand ils ajoutent de l'adrénaline à leur injection : nous avons trouvé un procédé. Non, ils ont une technique, nous discutons une technique. C'est ainsi que MM. Dreyfus et Vanel ont constaté qu'en se rapprochant de l'apex ils obtenaient des résultats plus satisfaisants. Cela je l'ai moi-même déclaré, et nous l'avons fait et répété à Sainte-Anne.

J'ai expérimenté à cette clinique un produit tout préparé, la codréine, qui n'est autre chose que de la cocaïne-adrénaline. Le merveilleux de la méthode ne réside donc pas dans la façon de faire l'injection mais bien dans le produit employé.

Je n'ai jamais eu la prétention de venir vous dire, et je n'aurais jamais voulu oser dire à mes confrères, pour faire votre injection, si vous tournez votre aiguille à gauche ou à droite vous aurez un résultat meilleur. Dernièrement j'ai fait une injection à la mâchoire inférieure, j'aurais voulu voir alors M. Dreyfus aller chercher l'apex. J'ai fait mon injection à deux centimètres de l'apex, et on enleva la pulpe. Quarante minutes après, l'anesthésie persistait.

Je demande en somme de rendre justice au médicament : ce n'est pas la cocaïne qui agit seule, c'est l'adrénaline. Il y a cinq ans et demi que je l'ai dit.

MM. Pitot et Quintin sont venus nous présenter des choses nouvelles avec un produit allemand dans lequel on a ajouté de la suprarénine. Ils ont obtenu des résultats, cela n'est pas fait pour me surprendre, mais venir dire qu'avant eux l'extraction indolore de la pulpe n'était possible, contre cela je proteste avec énergie. Avec la novocaïne seule, si vous faites une injection pour l'anesthésie de la dentine, elle vous donnera des résultats absolument négatifs. M. Miégeville a bien voulu me confier de la novocaïne pure, j'ai fait des injections avec et nous n'avons pas eu d'anesthésies satisfaisantes.

Vous avez fait des injections avec la suprarénine, qui est un nom déformé de l'adrénaline. Celui qui voudra faire des injections avec la cocaïne et l'adrénaline obtiendra des résultats satisfaisants. Ce n'est pas la cocaïne qui agira seule, c'est la combinaison des deux médicaments : cocaïne et adrénaline. C'est là où je réclame la priorité, car il y a cinq ans que j'ai signalé la valeur du médicament.

M. Godon. — Je crois que ceux qui, comme moi, ont assisté à cette discussion sur les avantages de la cocaïne alliée à l'adrénaline ou de la novocaïne avec la suprarénine pour l'anesthésie de la dentine ont constaté qu'il en résultait de grands progrès dans notre technique.

A qui sont dus ces progrès ? Il y a d'abord eu une communication de M. Touchard sur cette question. Nous avons eu depuis une com-

munication récente de MM. Pitot et Quintin, nous venons d'avoir aujourd'hui une communication de M. Dreyfus et de M. Vanel, nous avons eu aussi un article de M. Thioly-Regard, or nous n'avons qu'à remercier les uns et les autres de leurs communications. MM. Pitot et Quintin ont été les premiers à rendre justice à M. Touchard, et nous qui bénéficions de toutes ces communications, nous savons donner à chacun la place qui lui est due dans la reconnaissance des dentistes et de la Société d'Odontologie pour les communications intéressantes qui nous ont été apportées, pour les progrès qui ont été faits.

Il n'y a donc rien dans ce débat qui puisse froisser notre ami Touchard. Chacun d'entre nous lui a rendu justice qu'il avait été le premier à faire une communication sur l'anesthésie pulpaire par la cocaïne, seulement aujourd'hui pour des motifs qu'il est difficile d'expliquer les uns obtiennent des résultats plus commodément avec la novocaïne, d'autres avec la cocaïne. Nous venons expliquer pourquoi nous obtenons des succès, pourquoi nous obtenons des insuccès, pourquoi nous avons des préférences. Mais il n'en reste pas moins évident que la priorité appartient à celui qui a fait le premier une communication sur le sujet soit dans notre Journal, soit dans cette Société d'Odontologie, soit même à l'Académie de médecine, à celui qui nous a fait profiter, nous dentistes, de son travail, comme il en a fait profiter le public.

Il faut donc éviter tout ce qui pourrait faire prendre à cette discussion une tournure personnelle qui ne serait pas parfaitement scientifique. Je le répète, nous n'avons qu'à nous féliciter des résultats obtenus jusqu'ici et qu'à remercier tous ceux qui apportent une part, petite ou grande, à la réalisation d'un progrès dont tout le monde profite.

M. Touchard. — Je vois avec plaisir que beaucoup de mes confrères ont essayé et essaient mon procédé, on a pu remarquer avec quel intérêt j'ai écouté ce soir M. Dreyfus et M. Vanel. J'aurais été heureux que MM. Quintin et Pitot dans les préliminaires de leur travail eussent dit : « Nous avons pris connaissance des travaux de M. Touchard, et nous avons fait avec un nouveau médicament des essais que nous soumettrons à votre appréciation. »

Nous n'aurions eu qu'à nous féliciter de cette communication.

Si je précise ce point, c'est que le succès de MM. Pitot et Quintin ne réside pas dans l'emploi d'un nouveau médicament, mais bien dans l'emploi de ce médicament avec adjonction de l'adrénaline.

M. Godon. — M. Vanel et M. Dreyfus viennent de compléter ce soir la communication qui vous a été faite à la dernière séance. Ils vous ont dit que les résultats qu'on obtenait avec la novocaïne et la suprarénine, on pouvait les obtenir avec la cocaïne et l'adrénaline, mais cependant en tenant compte d'une technique spéciale, que vous

avez peut-être indiquée, mais sur laquelle on n'avait pas insisté suffisamment.

M. Touchard. — Je prends l'engagement de faire des injections avec le médicament, suivant la méthode que j'ai suffisamment indiquée, lors d'une prochaine séance de démonstrations de la Société d'Odontologie.

A la dernière séance M. Quintin avait dit qu'il obtiendrait des résultats avec la novocaïne. Or la novocaïne est en dehors de la question ; il a fait sa démonstration avec la novocaïne-*suprarénine.*

M. Godon. — Vous reconnaîtrez au moins à MM. Pitot et Quintin le mérite de nous avoir permis d'apprécier mieux que nous ne l'avions fait jusqu'à ce jour la communication de M. Touchard.

M. Touchard. — C'est précisément ce que j'ai fait observer à la dernière séance.

M. Roy. — M. Touchard s'est, je crois, mépris sur mes paroles. Il a voulu voir en moi le défenseur de la novocaïne, mais il s'est absolument trompé, puisque j'ai tenu à dire de suite que j'ai abandonné la novocaïne depuis que M. Dreyfus m'a dit qu'il obtenait des résultats très satisfaisants avec la cocaïne et que j'ai pu par moi-même constater ces résultats. Je ne suis donc pas un défenseur de la novocaïne.

J'ai dit à M. Touchard ce que j'avais dit déjà dans une réunion d'amis, au sujet de la priorité qu'il revendique pour sa communication. M. Touchard en 1903, à l'Académie de médecine, fait une communication sur l'anesthésie dentinaire. Les membres de l'Académie de médecine en ont peut-être parlé beaucoup, mais je n'en sais rien, parce que nous n'avons connu la communication de M. Touchard qu'en 1906, c'est-à-dire trois ans après, lorsqu'il a bien voulu nous donner son travail pour *L'Odontologie.*

Nous n'avons donc pas pu commencer à étudier et discuter son travail avant 1906.

Malgré la lecture de ce travail publié en 1906, je n'avais, pour ma part, pas pratiqué l'anesthésie dentinaire par la cocaïne parce que, l'ayant essayé il y a déjà bien longtemps sans succès, je me disais simplement : Touchard a obtenu des résultats, c'est possible, mais ce n'est probablement qu'un effet du hasard et cela n'est pas une méthode assez sûre pour compter dessus. Voilà quel était mon état d'âme, et j'en suis sûr, celui d'un grand nombre de confrères.

Or, sur ces entrefaites, je vais à Bruxelles et j'y vois MM. Pitot et Quintin faire des injections de novocaïne avec un succès très remarquable. Je reviens à Paris absolument emballé par les résultats obtenus, je pratique les injections de novocaïne et de suprarénine dès mon retour, et j'ai la satisfaction d'obtenir moi aussi des résultats très remarquables et qui étaient, pour moi, inespérés.

Faisant ensuite des injections avec la cocaïne je m'aperçois que

j'obtiens les mêmes résultats lorsque ce médicament est allié à l'adrénaline et c'est le résultat de mes expériences que j'ai indiqué tout à l'heure.

Les autres considérations que j'ai développées ensuite n'ont eu pour but que de tirer la philosophie du débat concernant la priorité du procédé et d'établir la part qui revient à chacun dans ce nouveau procédé d'anesthésie.

J'ai donc cherché à établir pour quelles raisons la communication de mon ami Touchard était restée dans l'oubli, ou avait été méconnue, s'il aime mieux, et pourquoi celle de MM. Pitot et Quintin avait donné à presque tous nos confrères l'idée de pratiquer des expériences d'anesthésie dentinaire et pulpaire.

Ce sont ces raisons que j'ai voulu indiquer ce soir, non pas pour soutenir la novocaïne, puisque, au contraire, j'emploie maintenant la cocaïne.

Mais il ne faut pas, à mon avis, enlever la part très importante qui est due à MM. Pitot et Quintin, puisque, par leurs expériences, ils ont engagé la plupart de leurs confrères à essayer ce procédé d'anesthésie pulpaire et dentinaire et leur ont permis d'obtenir des résultats dont la constance et la perfection étaient inconnues avant celles-ci de la plupart d'entre nous.

M. Miégeville. — Je désirerai apporter ce soir ma modeste approbation à la communication si intéressante faite ce soir par MM. Dreyfus et Vanel sur l'emploi de la cocaïne comme anesthésique pulpaire et dentinaire, mais en associant l'adrénaline à la cocaïne pour obtenir des résultats. C'était une mise au point à faire.

Lors de la communication qui nous a été faite à une séance ultérieure, par MM. Pitot et Quintin, ce dernier disait qu'on ne pouvait obtenir une insensibilisation régulière et totale qu'avec la novocaïne et surtout la suprarénine de la maison allemande Meister Lucius ; la suprarénine n'est qu'un extrait de glandes surrénales ; qu'elle soit préparée de telle ou telle façon, c'est toujours de l'adrénaline. On obtient donc de résultats parfaits, non pas seulement avec la suprarénine, mais avec une adrénaline quelconque, dont la marque importe peu.

Je dois ajouter que j'ai fait quelques essais, ces jours-ci, avec différents anesthésiques, mais je n'obtenais pas des résultats très probants avec l'anesthésique lui-même.

En associant l'adrénaline à la stovaïne, j'ai obtenu des résultats, de même avec la tropacocaïne, l'alypine. J'ai essayé aussi avec l'eucaïne, associée à l'adrénaline, mais les résultats semblent moins bons. Quant à l'association adrénaline-stovaïne j'ai remarqué presque après chaque injection un œdème de la région environnante pendant deux ou trois jours, avec l'alypine j'ai eu une petite escharre de la gencive bien que j'aie pris soin auparavant de bien septiser mon

champ opératoire. Quant à la cocaïne-adrénaline je l'emploie depuis la démonstration faite l'an dernier à l'Ecole par M. Touchard et j'ai presque toujours constaté des succès surtout ces temps derniers où j'ai mieux connu la technique.

Je crois qu'on peut conclure que peu importe l'anesthésique employé pour obtenir de bons résultats s'il est associé à l'adrénaline (quelle marque que ce soit). J'ai essayé les adrénalines de Clin et de Byla, la rénaline française « Feder », la suprarénine, toutes m'ont donné de bons résultats mais je crois qu'on ne devra jamais dépasser pour une injection de 1cc. la dose de 1/20 à 1/10 de milligramme c'est-à-dire de un à deux gouttes de la solution à 1/1000me. Les solutions seront à 1/100 pour la cocaïne, la tropacocaïne, l'alypine et à 1 gr. 50 p. 100 pour la stovaïne et à 2 gr. 50 p. 100 avec la novocaïne. Il semblerait donc que la technique est plus importante que l'anesthésique et que le point idéal à rechercher semble être le niveau de l'apex de la dent, car dans les incisives et prémolaires supérieures où il est facile à trouver, un quart de centimètre cube est souvent suffisant.

M. Dreyfus. — Je suis d'accord avec M. Touchard pour reconnaître que le médicament anesthésique quel qu'il soit, employé seul, sans adrénaline, n'a pour ainsi dire aucune action sur la sensibilité dentinaire et pulpaire. Je tiens à bien déclarer également que je ne revendique la paternité d'aucun procédé. Je me suis borné à rechercher pourquoi la méthode d'anesthésie ne s'était pas généralisée ; j'ai cru en trouver la raison dans une différence entre la technique indiquée il y a 5 ans et celle décrite récemment ; j'ajoute qu'à mon avis il n'y a pas d'anesthésique spécifique à action élective pour la pulpe, et je répète ce que j'ai dit tout à l'heure : peu importe la drogue, la méthode vaut ce que vaut la technique.

M. Péré. — L'anesthésie de la pulpe et de la dentine peut être faite avec tous les anesthésiques dont on dispose, mais associés à l'adrénaline, qu'elle soit d'une marque ou d'une autre.

IV. — Don au musée. Maxillaire de l'époque mérovingienne.

M. Godon. — Je dépose sur le bureau de la Société d'Odontologie, pour le Musée de l'Ecole, un maxillaire provenant d'une tombe mérovingienne, que j'ai depuis quelque temps. Ce maxillaire m'avait été adressé par un de mes amis, M. Colas, maire de Villeneuve-le-Roi pour notre Musée.

Le corps en question était placé dans une position différente de l'orientation habituelle des tombes, on suppose que c'était un châtiment qui faisait placer les morts ainsi. Ce maxillaire, vous le voyez, est en parfait état de conservation.

Voici les renseignements que le donateur me communique à ce sujet :

Maxillaire inférieur provenant d'une sépulture mérovingienne découverte le 10 septembre 1905 sous un tertre peu élevé à la profondeur de soixante centimètres seulement au lieu dit « le Parc de la Faisanderie » à mi-côté de la porte haute face la propriété actuelle de M. Lamblin.

Cinq corps placés en demi-cercle orientés de l'ouest à l'est (Usage mérovingien).

Un corps orienté au contraire de l'est à l'ouest, tête à l'est, celui à qui appartient le maxillaire.

Ce maxillaire seul était en parfait état de conservation, les autres os se sont effrités au toucher. A côté de ce corps ont été trouvés lance barrelée longue et belle, terminée à sa base par un clou, rondelles cuivre, sabre 0,60 cent. de long, fragments de poterie, argile et cendres séchées.

Ces tombes sont vraisemblablement du xe au xiie siècle. J'en ai découvert d'autres très pauvres en instruments.

Villeneuve-le-Roi a été habité à l'époque lacustre, puis par des tribus romaines et à l'époque mérovingienne c'était un poste d'observation.

M. le président. — Nous remercions M. Godon, et le prions de transmettre à M. Colas les remerciements de la Société d'Odontologie pour ce don qui vient enrichir notre Musée.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

BULLETIN

CONCLUONS

Depuis le 11 janvier toute la profession est en émoi. Nos confrères ne s'abordent plus qu'avec un air de satisfaction très évidente ; leurs regards brillent heureux, leurs mains se serrent étroitement et une même exclamation leur échappe : Avez-vous lu les récents décrets sur les nouvelles études imposées aux futurs chirurgiens-dentistes ?

Quels avantages pour tous ! Reconnaissance de l'autonomie de notre spécialité et de notre enseignement, élévation des études à l'entrée et à la sortie de nos écoles, éliminant forcément ces éléments d'ignorance qui, tôt ou tard, faute d'être à leur aise dans nos milieux scientifiques, vont échouer dans des Sociétés professionnelles de recrutement facile, de travail nul, mais d'action néfaste !

Car c'est là la grosse nouvelle du jour, pour tous ceux qui s'occupent réellement des intérêts professionnels. Aussi L'Odontologie, *qui avait déjà annoncé l'imminence de cette réforme dans son numéro du 30 décembre, s'est-elle empressée d'en faire part, dès le 15 janvier, non seulement à ses lecteurs habituels : abonnés ou membres de notre Groupement, mais encore à tous les dentistes français, en un numéro exceptionnel qui a reçu une approbation générale. Nous remercions bien vivement les nombreux lecteurs qui nous ont écrit pour nous en féliciter, ainsi que ceux qui nous ont exprimé leur satisfaction de vive voix, à l'Assemblée générale de l'Association générale des Dentistes de France, tenue le 24 courant.*

Seul, notre journal, grâce à sa parfaite organisation, a pu joindre des commentaires à l'exposé des décrets ; mais tous les journaux professionnels ont, dans leur numéro de janvier, publié les textes nouveaux.

Tous, sauf certain bulletin mensuel syndical qui, quoique paru le 22, ne contenait pas un mot relatif à la nouvelle réglementation des études dentaires !

Pourtant le dit bulletin, dans ce numéro, se traçait, dans un pompeux article de tête, un programme superbe, plein d'améliorations des plus importantes : des chroniques humoristiques, des reportages sur les personnalités dentaires. Mais, hypnotisés sans doute par cette spirituelle besogne, ses dirigeants n'ont point eu le temps de s'occuper des vrais intérêts professionnels, et ils ignoraient même jusqu'à l'imminence de la promulgation des décrets modifiant considérablement la situation des dentistes !

Nous aurions mauvaise grâce d'insister. Le numéro de février, paraissant plus d'un mois après cet événement important, essaiera certainement d'expliquer cet... oubli ; à moins que, simplement, il ne commence ainsi : « Nous avons lu dans L'Odontologie *du 15 janvier.....*

La Rédaction.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

5e CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin, 23-28 *août* 1909.

Le Comité d'organisation s'occupe activement de la préparation de cette grande réunion professionnelle.

D'une circulaire qu'il a adressée récemment au Comité français de propagande nous extrayons les renseignements suivants.

Le Comité rappelle d'abord que la préparation, l'organisation, l'installation matérielle, la direction et les fonctions seront assurées uniquement par des chirurgiens-dentistes allemands et que l'excédent de dépenses, s'il y en a, sera supporté uniquement par les chirurgiens-dentistes allemands.

Les séances du Congrès auront lieu dans le palais du Parlement.

Le montant de la cotisation est de 25 marks (31 fr. 25).

Le programme du Congrès est le suivant :

Dimanche 22 *août*. — Réunion de la F. D. I. — Le soir, Réception des Congressistes dans le palais du Parlement.

Lundi 23 *août, matin*. — Séance d'ouverture. Après les allocutions de bienvenue, quatre congressistes (un Allemand, un Anglais, un Français,un Américain) traiteront chacun une question choisie par eux. Ces congressistes sont désignés par les Comités nationaux des quatre nations précitées. — *Soir*, réception à l'Hôtel de Ville.

Mardi 24 *août, matin* (9 heures à 2 heures). — Séances des sections. — *Soir*, Banquet dans les salles du jardin zoologique.

Mercredi 25 *août, matin* (9 heures à 2 heures). — Séances des sections. — *Soir*, Fête du cinquantenaire de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands dans les salons du Rheingold.

Jeudi 26 *août*. — 2e Assemblée générale dans le palais du Parlement. Questions déterminées traitées par des rapporteurs de divers pays.

Vendredi 27 *août, matin* (9 heures à 2 heures). — Séances des sections. — *Soir*, Fête offerte aux congressistes par les dentistes berlinois et brandebourgeois. Excursion en chemin de fer et en bateau à vapeur à Wannsee ; dîner à Wannsee.

Samedi 28 *août, matin* (9 heures à 2 heures). — Séances des sections. Vœux et résolutions. Réunion de la F. D. I. — *Après-midi* (3 heures). — Séance de clôture. Vote des résolutions. — *Soir*, Punch sur les terrasses de Halensee. — A partir du dimanche soir excursion par groupes de congressistes dans les villes et universités allemandes.

Un mois avant le Congrès, le Bureau du Congrès sera installé dans le palais du Parlement. Bureau de poste, de télégraphe et de téléphone, buffet et buvette pendant le Congrès.

Une exposition scientifique aura lieu dans le palais du Parlement pendant le Congrès, sous la direction du professeur Dieck.

Les dentistes allemands parlant anglais porteront un insigne bleu, ceux parlant français, un insigne rouge. Les dentistes étrangers pourront leur demander tous renseignements.

Le Congrès n'a pas encore obtenu de réduction sur les chemins de fer allemands. Par contre, la Compagnie hambourgeoise de navigation accorde 25 o/o de réduction aux congressistes.

Un Comité du logement s'occupera de procurer des chambres dans les hôtels et les maisons particulières. Dans les hôtels les prix varient de 2 marks 50 (3 fr. 10) à 30 marks (37 fr. 50).

Pendant le Congrès paraîtra chaque jour comme organe officiel la *Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift*.

Les séances de communications orales et de démonstrations pratiques auront lieu de 9 heures à 2 heures. Les fauteuils, tours, lanternes de projections, etc. devront être demandés au Comité local.

Un programme spécial sera dressé pour les dames.

Nous avons publié dans notre numéro du 30 mai 1908, p. 475, la liste des sections, au nombre de 12, et les bureaux de ces sections ; nous n'y reviendrons donc pas.

Un certain nombre de communications ont été annoncées dans ces sections et la circulaire que nous résumons en donne les auteurs et les titres.

Il s'est formé des Comités provinciaux en Allemagne pour la propagande.

Des Comités nationaux ont été formés en Danemark, Belgique, Russie, Uruguay, Suède, Norvège, Hollande, Suisse, au Mexique.

Le Comité d'organisation et le Comité local berlinois constitueront des Commissions des finances de la presse, de réception, des résolutions, des excursions, du logement, des fêtes.

Les présidents d'honneur et membres d'honneur des sections ont pour mission d'assurer la participation au Congrès de confrères marquants.

Les présidents effectifs ont le droit d'accepter ou de refuser les communications.

Les sections intéressées recevront communication des résolutions prises par la F. D. I. à Bruxelles pour les insérer dans leurs programmes.

L'exposition comprendra 11 groupes, savoir :

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

1. Anatomie comparée et pathologie.
   a) Anthropologie et ethnologie.
   b) Odontologie comparée et paléontologie.
   c) Anomalies du maxillaire chez les animaux.

2. Anatomie macroscopique normale de l'homme (anatomie et développement de la tête, des mâchoires et des dents, y compris des préparations des maxillaires et des dents).
3. Anatomie microscopique normale.
4. Anomalies (de la tête, des mâchoires et des dents).
5. Physiologie.

II. — Pathologie et bactériologie.

1. Pathologie générale.
2. — macroscopique spéciale et pathologie comparée.
3. — microscopique spéciale.
4. Bactériologie buccale.

III. — Chirurgie de la bouche et des maxillaires.

1. Thérapeutique chirurgicale, anesthésie générale et locale.
2. Prothèse — obturateurs.
3. Redressement des mâchoires et des dents.

IV. — Traitement conservateur des dents.

1. Obturations.
2. Traitement des racines.

V. — Prothèse.

1. Pièces prothétiques.
2. Couronnes, travaux à pont, porcelaine.

VI. — Photographie dentaire.

1. Photographie macroscopique.
2. — microscopique.
3. Stéréoscopie.
4. Radiographie.
5. Photographie en couleurs.

VII. — Enseignement.

VIII. — Hygiène buccale et dentaire.

a) Au point de vue scientifique.
b) — — social.

IX. — Histoire.

(Instruments, portraits, etc.)

X. — Droit dentaire.

XI. — Littérature.

(Ouvrages, journaux).

Les personnes désireuses de participer à l'Exposition peuvent s'adresser au Professeur Dieck, 113 Potsdamerstrasse, Villa 3, Berlin, en envoyant une notice des objets à exposer.

Le président du Comité français de propagande,

Francis Jean,

35, rue Tronchet, Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de l'obturation des dents,

Par le Dr C. N. Johnson.

Adaptation française,

Par le Dr E. Gires, D. D. S.

Chirurgien-dentiste F. M. P.

Et le Dr Georges Robin, D. D. S.

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Paris 1909.

La publication d'une deuxième édition française de cet ouvrage démontre qu'il est aussi apprécié chez nous qu'en Amérique. La première édition parue en 1903 avait été présentée aux confrères français par une préface de Ed. C. Kirk, l'éminent doyen du Collège dentaire de l'Université de Pensylvanie, dans laquelle il n'hésitait pas à proclamer que le livre de *Johnson* représentait l'ouvrage le plus méthodique et le manuel le plus pratique de dentisterie opératoire, indispensable aussi bien à l'étudiant qu'au praticien désireux d'acquérir les connaissances des procédés en faveur chez les meilleurs dentistes des Etats-Unis. Il semble difficile de faire un plus parfait éloge.

Cependant une lecture attentive de cette dernière édition permet de constater son profond remaniement. Les adaptateurs français y ont d'abord introduit les modifications apportées dans la troisième édition américaine. Mais ils ont eu, de plus, le souci d'ajouter les méthodes les plus nouvelles représentant pour ainsi dire actuellement une révolution complète de la dentisterie moderne ; obturations de porcelaine, incrustations ou *inlays* d'or fondu en cire perdue, etc. ; méthodes de Taggart, de Solbrig, etc. Ils ont traité en un mot les sujets les plus préoccupants de ces dernières années. Or tout cela est décrit avec précision et dans un style clair par deux de nos confrères qui ont bien compris la langue de l'auteur, mais qui, de plus, étaient tous deux, par un séjour prolongé en Amérique, plus que personne qualifiés pour nous faire connaître et comprendre cet ouvrage aussi intéressant qu'original.

J'ai lu avec la plus grande attention cet ouvrage et certains chapitres m'ont semblé d'une mise au point irréprochable.

Tout ce qui concerne la préparation des caries et des diverses méthodes d'obturations, tout ce qui traite des incrustations de porcelaine

ou d'or fondu suivant les méthodes les plus rationnelles sous le rapport de la rétention m'a particulièrement frappé. La netteté et l'autorité avec laquelle ces sujets sont traités affirment la haute compétence de l'auteur.

En traducteurs intelligents et soucieux de faire mieux comprendre encore la valeur et le sens de l'ouvrage, MM. Gires et G. Robin ont ajouté, en plus du chapitre qui leur est propre, de nombreuses figures et de claires notes à divers chapitres. L'ouvrage y gagne en précision et je suis persuadé que le plaisir et l'intérêt très grand qu'un vieux praticien tel que moi vient d'éprouver à cette lecture ne peuvent être moins grands pour tous ceux qui veulent non seulement s'instruire, mais se tenir au courant de la science et de la technique moderne.

GEORGES VIAU, D. E. D. P.,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Esperanto.

Il y a quelque temps, un de nos confrères, M. Roy espérantiste convaincu, m'a remis un journal espérantiste médical en me disant : « Voici ce que j'ai reçu ; faites un article sur ce journal ! » Un peu étonné, je pris le journal en question, intitulé *Vocho de Kuracistoj*, rédigé entièrement en Esperanto.

Je demande pardon au lecteur d'écrire le titre tel qu'il l'est sur ce journal même : c'est par tolérance, et pour la commodité des imprimeurs qui ne veulent pas se procurer les lettres accentuées (chuintantes), que dans le mot *Vocho* l'H remplace un chapeau sur le C.

Le lecteur a peut-être déjà compris la signification du titre de ce journal : *Voix des médecins* ; c'est un supplément à la gazette autrichienne *Glos lekarzy*.

En examinant, en feuilletant machinalement le journal tombé ainsi par hasard entre mes mains, une première réflexion se présente à mon esprit : la langue internationale *Esperanto* sur laquelle j'avais déjà attiré votre attention, il y a quelques années, n'est donc pas morte. Je vois au contraire qu'elle a fait du chemin et qu'elle est en pleine voie d'accroissement. Ce sont les médecins qui ont devancé les dentistes et qui maintenant s'entretiennent de leurs affaires entre eux, internationalement, ce qui a déjà eu lieu dans les Congrès espérantistes de Genève en 1906 et de Cambridge (Angleterre) en 1907.

J'ai déjà parlé dans ce journal du Congrès de Genève ; puis le temps m'ayant manqué, et voyant le peu d'empressement de nos collègues pour la langue internationale Esperanto, je me suis tu sur le Congrès de Cambridge. Cependant des choses intéressantes se

sont passées dans cette ville, notamment la réception grandiose du docteur Zamenhof par le maire et la municipalité, l'adhésion à l'Esperanto du général en chef lord Roberts et de plusieurs notabilités scientifiques de l'Angleterre, plusieurs offices religieux célébrés en Esperanto ; un timide groupement de dentistes internationaux s'y était même formé.

Mais je m'écarte un peu du sujet qu'on m'avait proposé de traité : un compte rendu sommaire de *Vocho de Kuracistoj*. Tout d'abord, où ce journal est-il édité ?

Lwow, strato Sniadeckich, 6, Austrio-Galicio.

Donc non seulement en France, mais aussi en Autriche, on s'occupe de l'Esperanto.

Les articles suivants montreront combien est désirée une langue commune à tous, et combien déjà l'Esperanto est enraciné dans les diverses parties du monde.

Pour commencer, la rédaction de Vocho de Kuracistoj compare son œuvre à un grain de semence qui, d'abord tout petit, devient peu à peu une plante, un arbuste, un arbre donnant des fruits. La rédaction espère ainsi que son petit bulletin, avec l'aide de toutes les bonnes volontés, deviendra un jour un grand journal où tous les confrères de toutes les parties du monde s'entendront et se communiqueront les idées les plus vastes et les plus nouvelles pour le plus grand bien de l'humanité.

Un article est consacré à une enquête sur le secret professionnel médical. L'auteur, M. le Dr Mikolajski, en réponse à un article publié dans la gazette médicale « Glos lekarzy » de novembre 1907, expose les dispositions que le gouvernement autrichien a prises à ce sujet, et cite notamment le paragraphe 498 : les médecins, chirurgiens, accoucheurs et accoucheuses qui auraient divulgué un secret à d'autres personnes que celles officiellement investies du droit de recevoir leurs confidences seront punis, la première fois de la défense d'exercer leur profession pendant trois mois, la deuxième fois pendant un an, la troisième fois de l'interdiction absolue d'exercer la profession médicale.

Le § 359 de cette disposition dit que les médecins, chirurgiens, pharmaciens ou accoucheurs, les médecins légaux chargés de la constatation d'un décès, remarquant quelque chose de suspect dans une maladie, blessure, naissance ou mort, sont tenus d'en aviser immédiatement le juge, sous peine d'une amende de 10 à 100 florins.

Un article de M. le Dr Achintre, médecin en chef de l'armée française à Amélie-les-Bains, du 19 février 1908, est intitulé : Croix Rouge et Esperanto.

S'il y a un terrain, dit l'auteur, où l'Esperanto doive être favorablement accepté, c'est assurément parmi les membres de la Croix Rouge.

Imaginez en effet un champ de bataille avec toutes ses horreurs, les blessés implorant secours en vain, ou, quand ce secours est arrivé, ne pouvant questionner, demander ce dont ils ont besoin, faute de pouvoir se faire comprendre. Et quand les blessés, réunis sous les tentes hospitalières, recevront les premiers soins, que d'erreurs graves, que de fautes commises par les dames de la Croix Rouge, dont les membres appartiennent à toutes les nations, erreurs dues à l'absence d'une langue unique que comprendraient et parleraient tous les docteurs et infirmiers !

Il cite ensuite les résultats déjà obtenus par le lieutenant Bayol en France, par d'autres en Belgique, en Espagne, en Italie. A Berlin se forme une société de la Croix Rouge dont le président est le général Pauli, avec une gazette intitulée *La Croix Rouge Espérantiste.* En Suède le mouvement est conduit par l'intendant militaire Max Schurer von Waldheim. Les Etats-Unis, le Japon y participent également. M. L. Renault, ministre et membre de la Commission d'arbitrage international, proposait que l'Esperanto fût inscrit sur le programme des discussions dans le prochain Congrès de la Croix Rouge, qui aura lieu en 1909 à Londres. M. Moynier, qui a dirigé en 1864 les discussions de la glorieuse Convention de Genève, proposera l'Esperanto devant le Comité international de Genève, dont il est président. On voit par ce court article que le mouvement espérantiste international est général, qu'il repose sur une réelle utilité, sur une nécessité même.

Vient ensuite un article du Dr Kazimiers Bein, de Varsovie, qui parle des honoraires des médecins à Varsovie.

M. Essigmann, dentiste à Varsovie, demande à la rédaction, du journal dentaire *Kronika dentystyczna* de réserver une place aux articles dentaires en Esperanto.

Le Dr Kennilh W. Millican a fait comme moi la traduction, mais en langue anglaise, des articles de Vocho de Kuracistoj ; elle a paru dans le journal de l'Association américaine de médecins.

Le Dr Fels de Lwow rappelle que déjà au Congrès médical de Lisbonne (1905) l'Esperanto a été accepté parmi les cinq langues de correspondance officielle ; il ne demande donc rien de nouveau au futur Congrès médical de Budapesth, et n'en parle que pour mémoire. Citons parmi les approbateurs du journal médical espérantiste, MM. les docteurs Krenick et Joz à Varsovie, I. E. G. Ried (Charybdis, Home Fleet) en Angleterre, Bigot, Corret, Paulet en France, Lubienciki (Kazan), Prunfeld (Kishinev), Adamson (Gnadenfels) en Russie, Robin, Kimel à Bucharest, Rogelio Perez en Espagne et tant d'autres dont la liste serait vraiment trop longue.

Quand donc les dentistes se décideront-ils à prendre part à ce mouvement pour une langue internationale, — l'Esperanto, je sup-

pose ? — Quand tout le monde le parlera, les dentistes s'y mettront. Cependant j'en connais dans divers pays qui m'ont écrit à ce sujet, mais combien peu, quand on songe au bien qui résultera de l'adoption d'une langue commune à tous !

SCHWEITZER-SZWAYCARSKY-HUGO.

P.-S. — Cependant je lis dans le numéro 16 au 30 août 1908, page 184, que la Fédération dentaire internationale dans sa session de Bruxelles s'est occupée de la question d'une langue internationale, et qu'après un discours de M. Cardinal, une proposition de M. Cunningham, de Cambridge, tendant à ce que les journaux qui publient le Bulletin international de la F. D. I en publient un résumé en Esperanto, et un second vœu de M. Cunningham demandant que l'Esperanto soit reconnu comme langue officielle au Congrès dentaire international à Berlin, la F. D. I. a adopté ces vœux.

C'est bien, même très bien et le premier pas est fait, mais le second pas, je veux dire apprendre l'Esperanto ?? Attendons et voyons les progrès au prochain Congrès international à Berlin.

S. S. H.

Manuel du candidat aux examens de chirurgien-dentiste,

PAR M. E. FRITEAU,

Ancien professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

La librairie O. Doin publie un *Manuel du candidat aux examens de chirurgien-dentiste*, dû à M. E. Friteau, ancien professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Ce manuel ne renferme que le minimum des connaissances indispensables pour subir les examens probatoires au diplôme de chirurgien-dentiste, il ne contient que la charpente des sujets qu'il traite, comme le disent successivement M. Martinier dans la préface et l'auteur lui-même dans l'introduction. Il semble donc devoir échapper à toute analyse.

L'ouvrage se divise en trois parties : la première comprend l'anatomie générale et spéciale, la physiologie, l'histologie et l'embryologie ; la deuxième partie comprend la pathologie générale et spéciale et la thérapeutique ; la troisième partie comprend la clinique dentaire, la dentisterie opératoire. l'anesthésie et la prothèse.

Livres reçus.

Nous avons reçu le volume II des comptes rendus du IVe Congrès

national d'Assistance publique et privée tenu à Reims en avril dernier (Travaux des sections).

*
* *

Nous avons reçu du Dr J. Valenzuela B., de Santiago de Chili, une brochure intitulée *La Escuela dentistica de Chile* (l'Ecole dentaire du Chili), résumé de l'état actuel de l'organisation du service dentaire dans les collectivités : casernes, internats, hôpitaux. C'est une communication faite par lui au 1er Congrès pan-américain.

Prinzipien einer rationellen Therapie der Pulpagangrän und ihrer häufigsten Folgezustände.

MM. B. Mayrhofer, directeur de l'Institut dentaire de l'université d'Inspruck et professeur à cet Institut, vient de publier un ouvrage intitulé (traduction française du titre) : *Principes d'une thérapeutique rationnelle de la gangrène de la pulpe et de ses conséquences les plus fréquentes.*

Ce volume, de 246 pages, édité par M. Gustave Fischer, d'Iéna, est divisé en deux parties. La première de 107 pages, comprend dix chapitres et une conclusion ; la deuxième, de 139 pages, se compose de sept tableaux contenant d'innombrables observations de malades. Une préface commence l'ouvrage et un index de 50 noms des auteurs allemands et autrichiens les plus connus le termine.

Ce grand travail, exposé avec méthode, riche en indications cliniques, constitue une contribution importante à la question du traitement de la gangrène de la pulpe ; nous ne pouvons qu'en recommander la lecture aux confrères épris de recherches scientifiques et familiers avec la langue allemande.

Die wissenschaftliche Begründung der trockenen Kiefernekrose sowie der absoluten Anästhesie in der operativen und konservierenden Zahnheilkunde.

M. H. G. Falkenstein, chirurgien-dentiste à Breslau, a publié à la *Berlinische Verlagsanstalt* (Société berlinoise d'éditions) un volume sur (traduction française du titre) : *le fondement scientifique de la nécrose sèche des maxillaires et de l'anesthésie absolue en dentisterie opératoire et conservatrice.* Cet ouvrage, de 47 pages, précédé d'une préface, est divisé en deux parties ; il est illustré de deux figures.

NÉCROLOGIE

Edmond Noblet.

Nous avons le regret d'apprendre la mort à l'âge de 31 ans, de notre confrère M. Charles-Edmond Noblet, d'Etampes, membre de l'Association générale des dentistes de France, D. E. D. P., survenue le 9 janvier.

Nous adressons à sa veuve et à sa famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous relevons avec plaisir dans les nominations de janvier au grade de chevalier de la Légion d'honneur celle de notre confrère M. Queudot, directeur de l'Ecole odontotechnique, membre de l'Association générale des dentistes de France, auquel nous sommes heureux d'adresser nos sincères félicitations.

Nous apprenons également la décoration de notre confrère M. Hugenschmidt, que nous félicitons.

Distinctions honorifiques.

Nous avons le plaisir de relever parmi les nominations au grade *d'officier d'Académie* celles de nos confrères MM. Gaston Fouques, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris et secrétaire général de l'Association générale des dentistes de France ; Lemaire, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, conservateur du Musée ; Fié, chef de clinique, et Tzanck, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous relevons également la nomination au grade *d'officier de l'Instruction publique* de nos confrères MM. Fresnel, Pothier (Vichy), Walter (Montreuil-sous-Bois), membres de l'Association générale des dentistes de France ; parmi les nominations au grade *d'officier d'Académie* celle de notre confrère M. Goldschmidt, membre de l'Association générale des dentistes de France.

Nous leur adressons nos très vives félicitations.

Enfin nous enregistrons la nomination au grade *d'officier de l'Instruction publique* de notre confrère M. Rousset (Bordeaux), et au grade *d'officier d'Académie* de nos confrères MM. Amillac (Chambéry); Bardon (Bordeaux); Brugerolle (Alais); Catton, Ely, Gallot (Paris); Geffroi (Grasse); Jones (Orléans); Lot (Paris); Robach (Condom); Mme Vergne (Nemours).

Bourses et secours d'études.

Une bourse de 1.000 francs a été accordée par le Préfet d'Alger à Mlle M..., élève à l'Ecole dentaire de Paris.

Une bourse a été accordée par le Conseil municipal de Paris à M. L..., élève à la même école.

Enfin des secours d'études de 150 francs ont été accordés par le Conseil municipal à deux élèves de l'Ecole.

Association générale des dentistes de France.

Le Conseil de direction de l'Association a tenu séance le samedi 23 janvier, à 9 heures du soir.

Il a adopté les rapports du secrétaire général, du trésorier, de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie* et du secrétaire de la Chambre syndicale, approuvé le numéro exceptionnel de *L'Odontologie* et engagé le directeur de ce journal à persévérer dans sa résolution de défendre les institutions de l'Association. Il a nommé M. Nanche, d'Annecy, membre honoraire et décidé de proposer à l'Assemblée générale du lendemain de nommer M. Claser membre honoraire du Conseil.

* * *

L'Assemblée générale s'est tenue le dimanche matin 24 à 9 heures. 115 membres étaient présents.

Après nomination de M. Claser comme membre honoraire du Conseil, l'Assemblée a approuvé successivement les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie*. Après une discussion sur le décret de réforme des études dentaires et sur les travaux de la Chambre syndicale, elle a voté un ordre du jour flétrissant les confrères qui se livrent à des attaques incessantes et injustifiées contre le Groupement, chargeant le Conseil de prendre les mesures pour y mettre un terme et déférant au Conseil de famille un de ses membres qui est dans ce cas.

Elle a adopté un ensemble de propositions de MM. Hugot, d'Argent et Touchard relatif aux distinctions honorifiques et procédé au renouvellement partiel du Conseil de direction.

Sur 204 votants, dont 119 par correspondance, ont obtenu :

PARIS.

MM.

Blatter........	190	voix,	élu
Devoucoux....	181	—	—
L. Lemerle....	181	—	—
G. Viau......	179	—	—
E. Sauvez.....	178	—	—
M. Roy.......	174	—	—
Dreyfus.......	162	—	—
Rollin.........	152	—	—
Machtou......	137	—	—

Viennent ensuite :

MM.

Martinier......	69	—
Claser.........	44	—
Bonnard.......	20	—
Manteau......	16	—
de Croës......	15	—
Loup.........	13	—
Lannois.......	12	—
Moutin........	9	—
Morche.......	7	—
Thomas.......	5	—
Paulme........	4	—
Tzanck........	4	—
Ragageot......	4	—

PROVINCE.

MM.

Pont (Lyon)........	190	voix,	élu
Lalement (Nevers)..	186	—	—
F. Audy (Senlis)....	180	—	—
L. Cecconi (Pontoise)	180	—	—
Douzillé (Agen).....	179	—	—
Bouvet (Angers)....	156	—	—
Monnin (Le Mans)..	155	—	—
Drain (St-Quentin)..	148	—	—

Viennent ensuite :

MM.

Richer (Vernon)....	63	—
Debray (St-Germain).	61	—
Chateau (Grenoble).	55	—
Joly (Calais)........	22	—
Cyboulle (Pontoise).	9	—
Schwartz (Nîmes)....	6	—
Bohl (Castres)......	4	—
Vichot (Angers).....	3	—
Hamonet (Angers)..	2	—

Central Verein deutscher Zahnärzte.

La Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands célébrera en août prochain le 50e anniversaire de sa fondation.

Elle compte actuellement 880 membres.

Dentiste de l'Assistance publique.

Il a été créé à Jaen (Espagne) un poste de dentiste des établissements publics de bienfaisance.

Création d'une école dentaire en Belgique.

La création d'une école dentaire centrale en Belgique par la Fédération dentaire nationale belge est projetée. Le projet est exposé par notre confrère M. Delvielmaison dans une brochure que nous avons reçue.

L'ODONTOLOGIE

REVUE BI-MENSUELLE

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'Ecole dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris

45, rue de La Tour-d'Auvergne, PARIS

ABONNEMENTS :

FRANCE, ALGÉRIE et TUNISIE........................... **10** fr. par an.
ÉTRANGER... **12** —

Frais de recouvrement en sus

Les abonnements partent du 1er janvier, du 1er avril, du 1er juillet ou du 1er octobre.

Le prix des annonces indiqué dans notre numéro du 15 janvier ne s'applique qu'à 12 numéros. Voici le tableau complet des prix :

ANNONCES	1 annonce	3 annonces	6 annonces eu 3 mois	12 annonces par an	24 annonces par an
Page face texte................	»	»	»	»	500 fr.
Page............................	25 fr.	70 fr.	125 fr.	225 fr.	400 »
Demi-page.......................	15 »	40 »	70 »	130 »	225 »
Tiers de page...................	11 »	30 »	50 »	90 »	160 »
Quart de page...................	9 »	25 »	40 »	70 »	115 »
Petites annonces, la case.......	»	5 »	15 »	25 »	45 »
Demandes et offres..............	»	5 »	»	»	»
— (Abonnés)..	»	5 »	»	»	»
Adresses utiles, la ligne.......	»	»	»	»	20 »
— lignes en sus..	»	»	»	»	10 »

Les Encartages se traitent de gré à gré avec l'Administrateur-Gérant.

BULLETIN D'ABONNEMENT

Je, soussigné,

demeurant rue ______ ______

n° , *à* ______ , *département* ____

*déclare souscrire à un abonnement d'*UN AN *à* **L'Odontologie**

à dater du 1er *dont le montant est*

ci-joint en un mandat-poste.

, *le* 190 .

(Signature.)

29e ANNÉE. N° 3 15 FÉVRIER 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE FORMOTHYMOL CRÉSYLÉ DANS LE TRAITEMENT DES CARIES DU 3e ET DU 4e DEGRÉ

Par V. E. MIÉGEVILLE,

Chef de Clinique et Pharmacien à l'École dentaire de Paris.

Parmi les nombreux produits qui sont utilisés dans le traitement des quatrièmes degrés, les préparations à base de formol sont assurément celles qui donnent les meilleurs résultats.

La solution commerciale d'aldéhyde formique à 40 o/o est extrêmement antiseptique, plus que le sublimé, d'après M. Trillat; en tous cas il est admis que o gr. 25 centigr., c'est-à-dire environ 5 gouttes de la solution commerciale à 40 o/o, suffisent pour stériliser un litre de bouillon de culture ensemencé de microbes, même pathogènes. A l'état gazeux c'est le plus énergique des agents antiseptiques connus, ses vapeurs agissent d'une manière plus sûre et plus rapide, tuant les microbes pathogènes les plus résistants avec leurs spores. Pour que cette stérilisation soit efficace, il faut que le formol ou ses vapeurs soient en contact avec tous les points de l'objet à désinfecter.

Comme en art dentaire on ne peut pas l'employer pratiquement à l'état gazeux (il y a bien la méthode aspiratrice proposée l'an dernier par un de nos confrères, mais je me garderai bien de l'indiquer comme pratique), il faudra l'em-

ployer en solutions, mais en faisant un choix rationnel parmi ces dernières. En effet le formol du commerce, qui est une solution aqueuse d'aldéhyde formique à 40 o/o, présente un inconvénient sérieux qui pour le traitement des canaux en condamne l'emploi : c'est son manque de diffusibilité dû à son peu de volatilité.

On sait que, si l'on porte la solution aqueuse de formol à l'ébullition, elle se volatilise peu, la vapeur d'eau surtout distille, entraînant à peine l'aldéhyde formique, qui, lorsque la concentration dépasse 50 o/o, reste au fond de la cornue et, s'épaississant peu à peu, donne naissance par condensation à un composé complexe, solide et insoluble, formé en grande partie de trioxyméthylène.

On a déjà proposé de lui ajouter, en présence de l'alcool, de l'essence de géranium, pensant qu'une essence ferait diffuser plus facilement le formol dans les tissus dentaires et atténuerait son pouvoir irritant ; mais cette addition d'une essence assez faiblement antiseptique a diminué la concentration et, par suite, le pouvoir microbicide du produit en lui communiquant une odeur désagréable pour la bouche.

On a donc, pour obtenir un peu de diffusibilité, réduit le pouvoir antiseptique du formol, par l'essence de géranium ; si l'on devait faire une addition à l'aldéhyde formique, pour lui permettre de diffuser, il fallait au moins lui ajouter un produit doué d'une puissance antiseptique réelle, tout en ayant une solution absolument anhydre. De même, si c'était dans le but d'atténuer l'irritabilité du formol, il fallait lui ajouter un produit doué de propriétés analgésiques, dont l'addition ne diminue pas sensiblement son pouvoir bactéricide.

C'est en tenant compte de toutes ces considérations que j'ai fait mes essais avec l'essence de thym, contenant 50 o/o de thymol, produit fortement antiseptique dont, d'après M. Miquel, 2 grammes suffisent pour stériliser un litre de bouillon de culture, ensemencé de bactéries ; dix fois moins toxique que le phénol, avec lequel il offre une analogie

complète, il arrête la fermentation putride et rend les tissus organiques inaltérables.

Le thymol avait déjà été employé seul par quelques praticiens pour le traitement des canaux infectés ; de plus c'était un produit d'une odeur agréable à la bouche qui rentrait déjà dans la composition de nombreux dentifrices.

Enfin, après l'antisepsie il fallait obtenir le plus de diffusibilité possible, en ayant un produit avide d'eau ; aussi était-il tout indiqué d'utiliser, comme déshydratant, l'alcool méthylique chimiquement pur qui, distillant à 66° 5, est plus volatil que l'alcool éthylique, lequel ne distille qu'à 78° 4.

On peut donc obtenir, au moyen d'un dispositif spécial de laboratoire, une saturation réelle, par l'aldéhyde formique naissant, de l'essence de thym refroidie ; l'action de ce produit, déjà très antiseptique, peut être renforcée par l'addition de trikrésol.

Le mode opératoire est assez compliqué et nécessite de grands soins, aussi n'en peut-on préparer que de petites quantités à la fois.

Un ballon à moitié rempli d'alcool méthylique est chauffé au bain-marie, l'alcool s'évapore et, mélangé de beaucoup d'air, passe dans un tube de cuivre qui contient du coke chauffé au rouge sans toutefois être porté à l'incandescence, afin d'éviter la production d'acide carbonique.

Les vapeurs d'aldéhyde formique, mélangées à celles d'alcool méthylique non décomposé, viennent se condenser dans un tube en U de gros calibre, rempli au 1/4 d'essence de thym titrée. Ce tube est plongé dans un récipient plein d'eau, dans lequel on maintient une température assez basse, par quelques morceaux de glace en été, ou un simple courant d'eau en hiver. On arrête l'opération lorsque le volume est augmenté de moitié ; à ce moment on peut remplacer le tube en U par un nouveau. Un flacon de contrôle termine l'appareil.

L'essence de thym se sature d'aldéhyde formique, mélangé à l'alcool méthylique. J'ajoute alors au produit obtenu 20 o/o de trikrésol, qui est un mélange des trois crésols

à peu près dans les proportions de 25 de paracrésol, 35 d'orthocrésol et 40 de métacrésol. L'addition de ce dernier produit a pour but d'augmenter considérablement le pouvoir antiseptique des composants, tout en leur conservant leurs propriétés.

Le produit ainsi obtenu est absolument anhydre, inaltérable, très limpide et doué d'un pouvoir microbicide considérable, il constitue le formothymol crésylé c'est-à-dire un produit composé de trikrésol, formol et thymol.

Toutes ces recherches ont été faites spécialement en vue de l'art dentaire et d'après de nombreux essais pratiques exécutés depuis cinq ans, le formothymol crésylé, je puis dire, m'a rendu de grands services dans de nombreux cas.

On l'emploie sur des mèches pour les quatrièmes degrés même les plus infectés, après nettoyage mécanique, lavage et séchage complet de la cavité. Son emploi peut s'étendre aussi avec avantage à la confection d'une pâte antiseptique, destinée, sous l'obturation définitive, à remplir soit les canaux dans les quatrièmes degrés et dans les pulpectomies totales, soit la chambre pulpaire sur les tronçons radiculaires dans la pulpectomie partielle ou amputation de la pulpe.

La formule suivante de cette pâte donne de bons résultats et remplace avantageusement la pâte iodoformée, dont l'odeur est si désagréable tant pour le dentiste que pour le patient :

Formothymol.. I à IV gouttes.
Oxyde de zinc. }
Eugénol. . . . } ââ q. s. pour 1 pâte ferme.

Dans les amputations pulpaires voici comment j'ai opéré : après application arsenicale ou compression à la cocaïne ou encore injection intragingivale de novocaïne, je débarrasse ma chambre pulpaire de son contenu et après lavage à l'eau bouillie tiède, à l'alcool et au chloroforme, je sèche à fond et je place un coton imbibé de formothymol crésylé, que je laisse vingt-quatre heures sous gutta ; à la séance suivante je retire le tout, je sèche de nouveau et je remplis la chambre pulpaire avec la pâte ci-dessus indiquée, je la re-

couvre de ciment et après huit à dix jours d'observation, je fais l'obturation définitive. En opérant ainsi avec précaution, j'ai toujours eu de bons résultats.

Dans les quatrièmes degrés ordinaires, un ou deux pansements suffiront généralement pour obtenir une guérison, trois ou quatre pour les cas rebelles et compliqués.

Bref, le formothymol crésylé, malgré sa puissance antiseptique et sa grande diffusibilité, n'occasionne pas d'arthrite alvéolo-dentaire, il pénètre rapidement dans les canaux radiculaires, imprègne la dentine sèche et la rend imputrescible, tout en détruisant rapidement les agents infectieux qui auraient pu y élire domicile.

L'AGE DANS LES REDRESSEMENTS

Par M. L. SUBIRANA, de Madrid.

L'art en cette matière est un des points les plus essentiels, et pour parler plus catégoriquement et d'une façon plus absolue, nous développerons cette affirmation.

L'intégrité de la formule dentaire et l'âge de l'individu anormal sont les deux points fondamentaux pour le succès complet des redressements. On peut y ajouter que la partie technique, c'est-à-dire l'orthodontie, est suffisamment avancée actuellement pour les cas dans lesquels un ou plusieurs des termes de la formule normale ne sont pas incomplets et où l'irrégularité commence à l'âge convenable, c'est-à-dire de bonne heure. Toutes les difficultés que rencontre l'orthodontiste sont dues à ces deux facteurs, plus particulièrement à l'âge, mais il importe d'établir le fait par des preuves.

« Le protoplasme, base de la vie, n'est pas immuable. Il subit autant de modifications qu'il s'écoule de moments depuis la fécondation jusqu'à la mort ; mais ces modifications sont si peu intenses qu'il est très difficile d'en suivre le cours en ne se plaçant pas à des époques suffisamment éloignées les unes des autres, dans la vie des individus. »
(LE DANTEC.)

La bouche, comme l'organisme, est un composé, dont une des caractéristiques les plus frappantes est la mobilité, la variabilité. Tout l'être humain se ressent des milieux et des influences extérieures, physiques ou chimiques.

L'organisme changeant incessamment, il faut profiter des moments où il est le plus docile pour essayer de le soustraire à son hérédité défectueuse et le ramener vers la perfection si pour quelque motif la ligne physiologique perd de sa rectitude.

Et comme nous ne saurions nous contenter de dire pour toute argumentation que dans le jeune âge *les os sont moins durs et les redressements plus faciles,* nous

chercherons des raisons d'un caractère moins superficiel.

« L'enfance secondaire, nous dit-on, et la puberté, tout en étant des périodes de transition évolutive, le sont aussi pour tous les ordres de la vie de la matière qui la constitue. »

Dans cette situation on peut dire que l'homme a devant lui deux voies : l'une d'équilibre et l'autre de déséquilibre ; d'équilibre probable pendant le cours de ce qui lui reste de vie, s'il suit les lois naturelles, et de déséquilibre si entre l'être et le milieu dans lequel il se développe il existe un manque d'harmonie manifeste. On conçoit qu'un enfant, ayant pour une cause quelconque une anomalie odonto-maxillaire, celle-ci peut, avec le temps, à mesure qu'elle s'accentue et qu'elle prend corps, occasionner une perturbation physiologique, et, par suite, un déséquilibre entre l'être et le milieu où celui-ci développe ses fonctions ; mais si, avant la puberté, l'orthodontiste a exercé son intervention sur cet appareil dépourvu d'harmonie, il est hors de doute que la région buccale se trouvera en état de suivre une marche la conduisant à l'équilibre, son organisme ne s'étant pas consolidé et n'ayant pas acquis la formule substantielle correspondante.

Les mots « chez les enfants les os sont moins durs » équilent à la formule organique non encore consolidée correspondant au type de l'homme adulte, dont le principe est confirmé par ce passage de Le Dantec :

« Pendant la croissance, les substances actives assimilantes prennent à chaque instant une forme qui est leur forme d'équilibre à cet instant ; mais elles sécrètent en peu de temps un squelette rigide qui fixe définitivement cette forme, de manière que chez l'animal et chez l'adulte la forme n'est pas en réalité la forme d'équilibre d'une substance active, mais la forme d'un squelette sur lequel se module la substance humaine.

» A mesure que la substance de l'animal augmente en quantité sous l'influence de l'assimilation, elle construit les formes successives de l'être et il ne se produit pas physiquement de matière vivante spécifique, mais seulement des substances accessoires dont quelques-unes s'excrètent et dont d'autres se précipitent sous une forme stable au milieu des tissus, constituant ainsi une armature solide.

» Cette armature solide est ce que nous appelons squelette, et il est naturel qu'elle joue un rôle moins important chez le sujet jeune que chez l'adulte et surtout chez le vieillard, comme nous le verrons plus tard en traitant de la vieillesse. Il faut, en outre, tenir compte de ce que, sous le nom de squelette, nous devons comprendre non seulement les os et les cartilages, mais aussi l'union de substances résistantes (tendons, ligaments, matières colagènes) qui remplissent l'organisme et le fixent dans sa forme actuelle. Il est évident que cette armature solide joue à chaque instant de l'évolution de l'individu un rôle considérable pour fixer la morphologie de la masse vivante. »

De notre côté, dans notre chapitre III qui traite du procès alvéolaire nous disons :

« Cette partie permet chez les sujets jeunes les mouvements les plus variés des arcades dentaires. »

Et dans notre chapitre IV :

« Pendant l'enfance, durant la période active de croissance des os et de développement des tissus, l'os se résorbe et se reproduit avec la plus grande facilité, en permettant d'employer impunément des forces considérables, même violentes, pour corriger des anomalies, tandis qu'à un âge avancé certaines violences pourraient mettre en péril la vitalité des dents sur lesquelles ces forces seraient appliquées. »

Par ces deux citations nous voyons que la morphologie et la physiologie du milieu où nous avons à opérer peuvent nous guider pour déterminer l'âge, le plus propre au traitement des malpositions dentaires.

Le procès alvéolaire et les os qui le soutiennent et l'entourent pendant sa première phase de développement jouissent à ce moment du maximun de plasticité et de faculté rénovatrice, c'est incontestablement l'époque propice aux corrections faciles et heureuses, celle où, à l'effort de l'orthodontiste, s'ajoute la condition favorable du milieu. On peut dans ce cas appliquer ce que dit Boniquet dans son livre *Hygiène raisonnée de la bouche* en remplaçant le mot *hygiène* par le mot *orthodontie* :

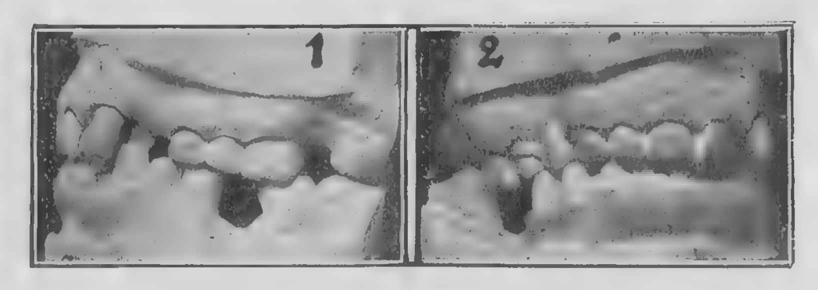
« Jamais *l'orthodontie* n'a plus d'efficacité que quand elle exerce son action pendant l'enfance...

. . . .

» Suivant l'expression de Fonsagrives, une heure *d'orthodontie* chez un enfant équivaut à un jour d'efforts chez un adulte. »

L'élasticité et l'adaptation à la forme qu'on désire, propres à la première enfance, en raison de la prédominance de la matière organique plastique, influent très notablement sur l'issue de l'orthodontie appliquée. A mesure que l'âge avance et que le dépôt des sels calcaires sur les cellules osseuses augmente, les organes acquièrent plus de rigidité et de dureté; aussi dans ce cas le travail ostéoclastique est forcément plus énergique et que le temps nécessaire pour qu'il s'accomplisse est plus long, le processus ostéoblastique de reconstruction devient également plus difficile et plus lent, parce qu'il manque la force de croissance qui caractérise l'enfance.

Les figures 1, 2, 3 représentant l'arcade supérieure d'une femme de 39 ans, à laquelle on avait proposé, pour remédier à la direction vicieuse de la canine latérale et de la canine gauche, l'extraction de ces deux dents et leur remplacement par des dents artificielles. Cet avis était basé sur *l'âge* de la patiente.



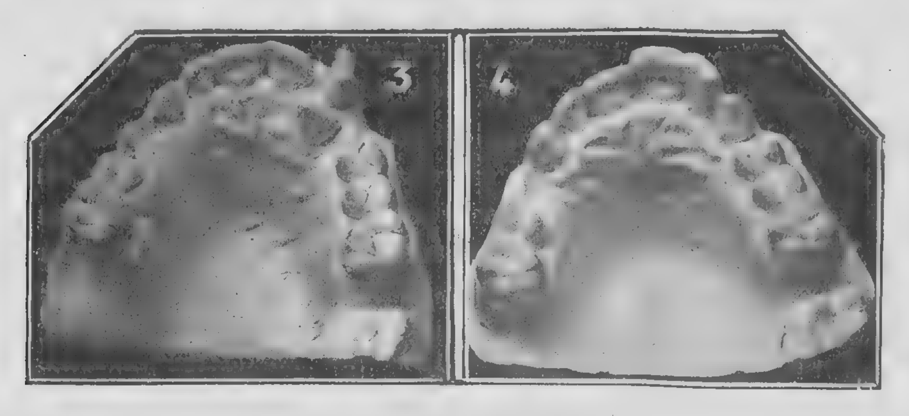
Arcade en occlusion avant la correction. Côté gauche.

Arcade en occlusion avant la correction. Côté droit.

Celle-ci vint nous consulter. Nous pensâmes pouvoir tenter la correction. Nous commençâmes en octobre et terminâmes en mai de l'année suivante. La correction dura donc 7 *mois*. Chez une enfant de 8 à 13 ans elle aurait duré *40 à 60 jours*. L'influence de l'âge est donc manifeste.

Le résultat obtenu est représenté par les figures 4 et 5, où l'on remarque l'appareil de rétention sur l'incisive centrale

et l'incisive latérale. Cet appareil de rétention a été porté *18 mois* dans la bouche ; chez un sujet de 8 à 15 ans, *6 mois* auraient suffi. La puissante influence de l'âge se manifeste là aussi.



Aspect occlusal de l'arcade supérieure avant la correction. L'incisive latérale en extra-giro-version. La canine en intra-antéversion.

Aspect latéral et canine corrigés. La latérale seule est retenue artificiellement.

Chez une femme de 27 ans ; la protusion était très accentuée ; elle exigea *8 mois* de correction. Les forces s'exerçaient en même temps sur toutes les dents en protu-



Aspect externe de l'arcade supérieure. La canine est retenue naturellement par l'occlusion.

sion ; de sorte que le temps nécessaire fut relativement court.

Ces cas corroborent notre théorie, *L'âge le plus convenable* est *l'enfance* ; mais *l'âge mûr n'empêche* pas la correction.

Avec l'âge le traitement se complique de plus en plus, quoique nous ayons obtenu de bons résultats chez des sujets oscillant entre 30 et 45 ans, ce qui démontre que la facilité plus grande pendant l'enfance n'exclut pas la possibilité dans l'âge mûr :« il peut y avoir des mouvements tant qu'il existe une force à appliquer, ou tant que la résistance égale la puissance », a-t-on dit.

Touchant l'âge on entend émettre des affirmations absurdes, dépourvues de tout raisonnement scientifique, car il en est qui soutiennent et conseillent à leurs patients de « ne pas commencer la correction avant que toutes les dents permanentes aient fait éruption, pour voir la direction qu'elles prendront ». Malgré cela nous croyons que l'immense majorité doit reconnaître l'avantage de traiter de bonne heure les occlusions vicieuses, parce que cela tombe sous le sens commun. Et cependant pourquoi ces anomalies sont-elles si nombreuses? A cause de l'ignorance et de l'incurie de la masse. Il en est ici comme en pathologie, le médecin ne voit que très rarement des diathésiques, il ne voit que des véritables malades et alors il lui faut lutter contre la maladie, qui est souvent invincible.

Il en est de même du dentiste ; les cas ne se présentent presque jamais à lui au début. Et cependant, laissant de côté ceux qui sont dus à l'hérédité, nous ne craignons pas de dire que, dans 75 o/o des cas, les malpositions compliquées que l'on constate entre 15 et 20 ans et qui affectent profondément tout le système dentaire l'origine en est simple et remonte à l'âge de 8 ou 9 ans : elle a commmencé par la simple déviation d'une incisive qui a fait disparaître tous les ostéites successifs. C'est donc un problème dans lequel la société joue un grand rôle et sans la coopération de celle-ci on peut affirmer que tous les progrès de la science et de la médecine demeureront infructueux par suite de l'absence du concours du malade.

En ce qui nous concerne, dès l'âge de 8 ans, une fois la tendance à l'anomalie commencée, même dans une ou deux incisives seulement, il n'y a aucune raison de différer

notre intervention qui sera sûrement la sûre prophylaxie de déviations plus nombreuses et plus importantes. Autrefois quand les appareils de redressement par leur volume et leur construction constituaient de véritables instruments de torture on conçoit qu'ils étaient d'application difficile chez les enfants qui, en raison de leur indocilité naturelle et de leur sensibilité immodérée à la douleur physique, sont toujours disposés à profiter de la première occasion ou de la négligence de leurs parents pour rejeter loin d'eux des appareils dentaires gênants. Aujourd'hui les choses ont changé d'aspect puisque la douleur a disparu et l'incommodité est réduite au minimum, en raison de la délicatesse et de la simplicité relative des appareils : tout cela permet de pratiquer facilement des redressements chez un enfant dès qu'il a quelque raison. Le spécialiste doit se faire comprendre des parents et les inciter à ne pas retarder la date du traitement, si celui-ci peut être commencé dans la période de la chute des dents temporaires et de l'apparition des dents permanentes. A cette époque, les lignes générales du contour facial n'ont pu subir l'influence définitive des irrégularités et, comme la suture entre le maxillaire et le prémaxillaire n'a pas encore eu lieu, tout vient en aide efficacement à un travail qui, s'il était ajourné, deviendrait long et pénible.

Nous ajouterons que dans les redressements entrepris entre 8 et 11 ans, c'est à peine s'il y a une différence dans la difficulté. Mais, passé cet âge, à 12 ans, quand la molaire qui porte ce nom a fait ou fait son éruption, les inconvénients et les obstacles augmentent en progression géométrique.

En outre, quelques circonstances spéciales, la santé, le tempérament, la constitution, l'hérédité, l'état d'esprit, etc., peuvent influer sur cette règle de conduite que le bon sens de l'opérateur modifiera suivant le cas.

FAITS CLINIQUES

PTYALISME INTENSE CONSÉCUTIF A L'ACTION LOCALE DU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Par M. Pinet,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Mlle P., 15 ans 1/2. Tempérament nerveux, constitution robuste.

La malade fût prise le 3 novembre dernier d'angine érythémateuse localisée aux piliers antérieurs et postérieurs des deux côtés et aux loges amygdaliennes. Les amygdales rudimentaires depuis l'ablation des végétations adénoïdes il y a cinq ans, étaient légèrement enflammées.

T. R. 38,8. Pouls 90. Légère dysphagie.

Le soir l'état inflammatoire augmente, enduit pultacé, légère douleur auriculaire, dysphagie très intense.

T. R. 40,5. Pouls. 120. Le 4 au matin je prescris le gargarisme suivant :

Chlorhydrate de cocaïne....... 0 gr. 30 cent.
Infusion de feuilles de coca..... 250 gr.

F. S. A.

Gargarisme toutes les 2 heures avec deux gorgées consécutives.

Quelques instants après la première application du gargarisme, écoulement notable mais subcontinu, par la bouche, d'un liquide épais, visqueux (sécrétion parotidienne), peu mélangé de mucus.

Après la deuxième application du remède, ptyalisme intense continu. La quantité de liquide excrété a été, de 9 heures du matin à 10 heures du soir, de 1 litre 1/2, sans compter bien entendu la quantité déglutie.

Il s'en est suivi une forte dépression physique, dépression de 24 heures de durée.

Le ptyalisme cocaïnique est très connu ; mais je n'en ai jamais observé d'aussi intense étant donné surtout la faible quantité de cocaïne utilisée.

La jeune malade n'a pas avalé de cocaïne. Il n'y a donc là qu'un effet purement topique.

UN CAS D'ANOMALIE D'ÉRUPTION PAR PRÉSENCE DE DENT PERMANENTE, CHEZ UN SUJET DE 45 ANS

Par M. René Peré,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 7 novembre 1908.)

Les moulages que je présente m'ont paru intéressants. Il s'agit d'empreintes prises chez un individu de 45 ans, chez lequel on observe l'éruption d'une molaire supérieure de douze ans, survenue après l'avulsion de la molaire de six ans permanente. Je m'explique :

Il s'agit, dis-je, d'un sujet de 45 ans, qui vint réclamer mes soins pour une molaire de six ans, supérieure droite, infectée et occasionnant des accidents œdémateux. Cette dent fut extraite. Mon malade revint trois jours après, furieux, m'accusant de lui avoir laissé ses racines.

L'examen à la sonde de son alvéole me fit percevoir un corps dur et lisse et je pensai à ce moment à l'évolution de la dent de sagesse, fait banal.

Je dois dire que la dent de six ans extraite était la seule molaire présente de ce côté du maxillaire. Mon client n'avait su me dire si on lui avait ou non, déjà avulsé une dent de ce côté et comme d'autre part, j'avais remarqué une absence d'incisives latérales et des troubles coronaires érosifs de presque toutes les dents, je n'avais attaché aucune importance à ce sujet, invoquant simplement des perturbations embryonnaires.

Je conseillai des lavages et huit jours après, je pris ces moulages qui reproduisent l'éruption de la dent de douze ans et de la dent de sagesse.

En supposant que la dent de sagesse, organe évoluant tardivement, apparut à sa période normale ; la molaire de douze ans fut retardée dans son évolution, par la présence de la dent de six ans.

Les anomalies d'éruption par éruption très tardives ont été signalées. Tomes cite deux faits d'éruption tardive de la canine supérieure survenue à 32 ans et 42 ans. Un moulage du musée de notre Ecole représente une évolution d'incisive survenue à 65 ans. Donc diverses dents permanentes évoluent tardivement en restant temporairement incluses.

Dans le cas présent, c'est une éruption tardive, mais consécutive à un obstacle causé par une dent permanente. Cette particularité d'anomalie d'éruption était je crois à signaler.

Pour donner une explication hypothétique sur ce cas, il faut écarter de suite le cas d'anomalie d'éruption lié à une anomalie des maxillaires : ceux-ci étant normaux. Qu'une dent permanente soit gênée dans son évolution par une dent temporaire c'est encore normal, et dans ce cas la dent temporaire persistera et la dent permanente restera incluse, ou ce sera le contraire. Dans nos moulages, le germe de la molaire de douze ans a subi une fausse direction, direction d'arrière en avant qui l'a placé verticalement au niveau de la dent de six ans évoluée et il est probable que si cette molaire de six ans était restée saine, l'absence de dent de douze ans de ce côté eut été signalée. Il a fallu que l'obstacle, qui en l'espèce n'en est pas un, fut troublé dans sa vitalité ; que son avulsion fut décidée pour assister à l'évolution d'une dent permanente anormalement placée.

Cette variété d'anomalie doit être classée parmi les troubles accidentels consécutifs aux rapports réciproques des mâchoires et des dents avec dans ce cas déviations dans le siège et la direction.

REVUE DES REVUES

LA CONSERVATION IDÉALE PAR LES RESTAURATIONS A L'AIDE DES TRAVAUX A PONT

Par Fred. A. Peeso, D. D. S., de Philadelphie.

(Traduit du *Dental Cosmos*, par Henri Villain, D. E. D. P., D. D. S.)

Je me sens peu compétent pour traiter d'une manière complète le sujet qui m'est assigné, sujet d'une importance si grande et si essentielle, non seulement pour tous les professionnels, mais encore pour le public en général, pour lequel son importance est plus essentielle que pour nous-mêmes.

Bien qu'ayant étudié et travaillé cette partie de la prothèse dentaire pendant plus d'un quart de siècle, j'ai de plus en plus la conviction que les régions inexplorées de ce sujet sont encore plus étendues que celles qui sont connues jusqu'à présent.

Il fut un temps où je me sentais complètement découragé en m'apercevant combien peu nous savons réellement et combien il reste encore à apprendre dans cette branche.

Il semble que nous travaillons encore, sinon dans la complète obscurité, tout au moins dans l'ombre ; ce n'est que par le labeur le plus acharné et les essais les plus assidus que nous pouvons espérer améliorer les résultats de nos efforts et les avancer vers la perfection.

Les couronnes et les travaux à pont sont, en quelque sorte, un nouvel appoint à notre activité professionnelle. Trente ans se sont à peine écoulés, depuis qu'on commença à les prendre en sérieuse considération, et, pendant de nombreuses années, les meilleurs membres de la profession les regardèrent avec méfiance. Malheureusement, au début, un grand nombre de praticiens sans scrupules, n'y virent qu'une nouvelle source de revenus qu'ils s'appliquèrent immédiatement à utiliser, posant le bridge à tout propos, l'unique arrêt à leurs opérations étant l'impossibilité pour le patient de payer le prix nécessaire.

Il y eut aussi quelques hommes, réellement honnêtes, qui emportés par la nouvelle idée, voulurent en faire bénéficier leurs patients. Mais n'ayant pas conscience des rapports de la force mécanique nécessaire avec la force relative des différentes dents employées comme soutiens, il arrivait qu'en peu de temps, le travail qu'ils avaient exécuté n'avait plus aucune valeur.

Cela contribua encore à déprécier le nouvel art dans l'esprit des dentistes honnêtes, et d'une grande proportion des patients les plus

intelligents, pour un grand nombre desquels, l'unique fait, pour un dentiste, de proposer un bridge, était suffisant pour le stigmatiser du soupçon de charlatanisme.

Quelques-uns des meilleurs prévirent un avenir possible pour ce travail, et c'est à leur labeur et à leurs efforts que nous devons aujourd'hui la légitime survivance d'une des branches les plus importantes de l'art dentaire.

Il semble que ce soit une tendance naturelle, chez la plupart des dentistes, de s'enthousiasmer à outrance pour une nouveauté, ou pour la résurrection d'une idée ou d'une méthode ancienne.

Quand l'emploi de l'amalgame fut tout d'abord introduit, les dentistes, enthousiastes, le prônèrent, en toutes circonstances, comme l'obturation universelle, dans toutes les sortes de caries. On en posa dans toutes les cavités. De parfaites aurifications furent enlevées et, en certaines circonstances, toutes les aurifications d'une bouche furent remplacées par de l'amalgame.

Cet amalgame était composé de limaille d'argent mélangée avec du mercure. On le connaissait sous le nom de « Royal Minéral Succedaneum ». Rien n'était connu ou peu de chose sur la manipulation et les propriétés de l'amalgame. Les dentistes savaient seulement que cette limaille mélangée avec le mercure, formait une masse plastique comme du mastic, pouvant être placée dans une cavité, et qu'abandonnée à elle-même, elle devenait dure. Quant à ses propriétés de contraction, de dilatation ou de rapide désagrégation, quant à l'effet qu'elle pouvait produire sur la dent elle-même, on n'y pensait pas ; et beaucoup de praticiens n'y prirent garde, tant que cela leur rapporta.

Avec l'introduction de la vulcanite, nous eûmes des conditions analogues. Bien qu'elle fut, en elle-même, d'une valeur inestimable pour la profession, l'introduction de la vulcanite porta un grand préjudice à la prothèse supérieure, préjudice dont la profession dentaire ne s'est jamais complètement relevé.

La délicatesse et l'habileté de manipulations nécessaires à la confection des appareils en métal, ne furent pas jugées indispensables pour l'emploi de la vulcanite, et parmi d'habiles artisans, beaucoup dégénérèrent en simples faiseurs de dentiers en vulcanite, et devinrent les agents intermédiaires au travers desquels le charlatanisme et l'incompétence se firent jour, au grand dommage de l'art de la prothèse et au détriment de la dentisterie dans l'estime du public.

Un peu plus tard vinrent les obturations avec la porcelaine, ou « inlays », précédés par les obturations de verre. Pour expérimenter ces inlays, beaucoup d'entre vous ont probablement passé du temps à pulvériser dans un mortier des bouts de verre différemment colorés.

L'emploi des inlays de porcelaine fut accueilli avec le même enthousiasme que le « Royal Minéral Succedaneum » et fut, en beau-

coup de cas, suivi des mêmes résultats désastreux. L'or fut enlevé pour faire place à l'inlay de porcelaine et de nombreuses dents furent perdues.

La dernière de ces innovations fut la coulée des inlays d'or; la coulée de l'or se généralisa pendant que d'innombrables machines à couler étaient lancées sur le marché, au point que le dentiste qui n'avait pas quelque système personnel était considéré comme un retardataire. Citons le mot d'un éminent sociologue à propos d'une autre affaire : « Ils se multiplièrent comme des loups dans un pays de famine ».

Cette dernière idée de couler les inlays d'or, est la plus importante que nous ayons trouvée depuis de nombreuses années, et tout l'honneur en revient à Taggart, de Chicago, qui a employé beaucoup des meilleures années de sa vie à travailler et à amener à la perfection une méthode d'une grande valeur pour la profession.

Mais cette méthode même ne peut échapper à la destinée de toutes les nouvelles idées; on se jette dessus, puis on la détruit. Elle aura la même destinée que l'amalgame, la porcelaine, etc..., on l'emploiera partout, au détriment du patient, mais comme l'eau, elle trouvera son niveau et alors nous comprendrons quel bienfait elle est pour le dentiste et le patient, et le nom de Taggart sera, dans l'avenir, vénéré comme celui d'un bienfaiteur de sa profession.

Cependant, c'est des couronnes et des travaux à pont que nous avons à nous occuper, et je vais essayer de me confiner dans mon sujet.

J'ai peu touché à sa primitive histoire. Ce n'est, en somme, que depuis peu d'années, qu'on a entrepris les couronnes et les bridges et, en ce moment, leur valeur est reconnue par presque tous les dentistes.

Ils ont accompli le stage fatal, mais, hélas! ils n'ont pas encore atteint le point où ils deviendront un bienfait universel pour l'humanité. De fait, je pense qu'ils sont exactement à l'opposé et que l'on a fait, par leur usage, plus de mal que de bien.

Ceci est dû, en grande partie, à l'esprit mercantile de certains praticiens, qui ne sont encore guidés que par le désir de tirer de leurs patients tout ce qu'ils peuvent, sans s'inquiéter si ceux-ci en auront quelque profit. Il y a aussi de nombreux échecs chez les praticiens honnêtes, presque entièrement dus à leur ignorance et à leur incompréhension des principes fondamentaux.

Il n'y a aucune branche de l'art dentaire qui soit aussi peu comprise, à l'heure actuelle, que les couronnes et les bridges. C'est une de celles qui requière l'étude la plus soigneuse et la plus approfondie, l'examen de toutes les conditions existantes. Il est nécessaire d'étudier, et l'état local, et aussi l'état général du patient.

Si les dents sont branlantes, pourquoi sont-elles ainsi ? et ne peuvent-elles, par un traitement approprié, être ramenées à un état de saine fermeté ? Y a-t-il chez le patient, une prédisposition latente à la pyorrhée ou à toute autre maladie du système dentaire ? Si les dents ont des abcès, ou une maladie quelconque, il est absolument nécessaire de les soigner parfaitement avant d'entreprendre la partie mécanique du travail.

Nombre, position et conditions des points d'appui. — Quand on jette un pont sur une rivière, le nombre, la position et les conditions des points d'appui sont des points vitaux pour la durée de la construction. Si les points d'appui sont bâtis sur une base peu sûre, l'édifice tombera. Si la base est ce qu'elle doit être, et les points d'appui faits pour supporter un poids de cent tonnes, un certain désordre se produira sûrement, si l'on place sur le pont un poids de mille tonnes. Le même effet se produira si le nombre des points d'appui est insuffisant, le travail entier sera perdu.

Les mêmes conditions sont exigibles pour la pose d'un bridge dans la bouche. Les points d'appui doivent être parfaits et proportionnels à la force que le bridge doit supporter, sinon vous verrez l'appareil entier s'affaisser.

Peu importe, l'exécution et la beauté du travail de prothèse, le succès du bridge dépend de la préparation fondamentale de la bouche.

Force relative des dents. — On doit aussi envisager la force relative des différentes dents. Les canines et les molaires sont les plus fortes, et constituent les meilleurs piliers ; nous ne pouvons pas imposer la même force aux incisives, centrales et latérales, ou aux prémolaires, bien que ces dents prennent une part proportionnelle du travail.

Une dent convenablement traitée, rendra plus de services qu'on ne pouvait primitivement en espérer, mais il ne faut pas en attendre trop, sous peine de le regretter.

Deux racines d'une égale solidité prises comme piliers d'un bridge judicieusement combiné, supporteront aisément deux fois la force de mastication que pourrait supporter l'une des deux employée seule, et le rapport entre le nombre des piliers et la force de mastication supportée semble s'accroître proportionnellement.

L'articulation est aussi d'une grande importance. Les supports d'un bridge qui, autrement, pourraient durer de nombreuses années, peuvent être complètement détruits par une articulation défectueuse.

La force de mastication, plus importante dans certaines bouches que dans d'autres, doit être aussi considérée. La forme de l'arcade entre également en ligne de compte pour la durée d'un bridge. Un bridge peut durer des années dans une bouche, tandis que dans une

autre, présentant des conditions identiques, même nombre de piliers, mais arcade de forme différente, la pose d'un bridge serait complètement inadmissible. Toutes ces conditions, et bien d'autres encore, doivent être consciencieusement étudiées par celui qui désire agir honnêtement envers ses patients.

L'insuccès contre lequel nous luttons tous, est dû, en grande partie, à l'ignorance des principes fondamentaux. Nous devons aller à la base des choses. Nous devons comprendre les principes mécaniques sur lesquels la réussite d'un bridge est nécessairement basée, et être résolus à étudier et à travailler si nous voulons approcher de l'idéal. Même alors, nous pouvons échouer, mais si nous sommes toujours honnêtes, ces échecs diminueront progressivement.

Nous ne pouvons pas plus garantir le succès de nos opérations, ni n'avons le droit de le faire, qu'un médecin ne peut garantir une guérison ; mais si nous avions consciencieusement étudié les cas, et avons mis toute notre habileté dans notre travail, nous aurons au moins la conscience tranquille, même si nos efforts ne sont pas couronnés de succès.

Ainsi que je l'ai déjà dit, la réussite d'un bridge dépend premièrement de la préparation de la bouche, et dans cette préparation, la forme des dents et l'ajustage des bagues sont les points les plus importants.

J'ai été souvent témoin des maux résultant du manque de préparation. Les dents doivent être préparées de telle sorte que les bagues sertissent parfaitement la racine au collet, sans causer d'irritation gingivale. Si cela est fait, les chances de succès sont très favorables, mais si la préparation est défectueuse, nous n'avons, qu'à nous en prendre à nous-même de nos échecs.

Il est étonnant de voir quels abus la membrane périostique peut supporter dans certaines bouches et pas dans d'autres. Laissez-moi vous citer un exemple. Un bridge supérieur complet fut placé en mai ou juin dans la bouche d'un patient, un Chilien. La première molaire et la seconde prémolaire manquaient au côté droit de la mâchoire inférieure, la première prémolaire et la seconde molaire étant en place. La molaire était légèrement délabrée, mais parfaitement ferme dans son alvéole. Le patient fut obligé de quitter la ville, avant que le travail ne fut complètement terminé et son achèvement en fut différé jusqu'à l'automne. Quand il fut parti, sa dent le gêna légèrement, et il pensa qu'il devait y faire mettre une couronne temporaire, afin de la garder en bon état jusqu'au futur achèvement du bridge.

En octobre, le patient revint mais l'état des choses avait empiré. Il n'y avait pas eu de pansement de la dent, la couronne avait été poussée trop loin, coupant la gencive et causant une irritation et une inflammation s'étendant jusqu'au périoste. La dent nageait littérale-

ment dans le pus, si bien qu'elle fut facilement enlevée avec les doigts. Ce résultat fut entièrement dû au manque de préparation.

Voici un autre cas montrant le résultat opposé. La patiente, une dame anglaise, vint se faire soigner ces derniers mois. Sur sa première prémolaire supérieure gauche avait été ajustée une mince couronne d'or, mal faite, qu'il était nécessaire de remplacer. En ôtant cette couronne on vit que la dent avait été très peu préparée, la bague coupait la gencive, y causant de l'irritation. On découvrit également que la chambre pulpaire avait été ouverte et remplie de coton. Il y avait une large perforation du plancher, entre les deux racines. Le nerf du canal buccal et celui du canal palatin étaient vivants et semblaient sains. Malgré ces conditions, existant depuis trois années la racine était tout à fait solide. Dans nombre de bouches, une dent aussi mal traitée aurait été perdue au bout de quelques mois.

Valeur thérapeutique du bridge. — A côté de la restauration des fonctions de mastication par des bridges convenablement exécutés, et de l'amélioration de la santé générale du patient, les effets de thérapeutique locale sur les dents malades et branlantes sont quelquefois étonnants.

Très souvent, des dents devenues branlantes par des causes telles que : articulation défectueuse, absence de l'antagoniste, port d'un bridge contre-indiqué, irritation gingivale, etc... peuvent devenir parfaitement solides par le support d'un bridge bien étudié et bien exécuté. Ne désespérez pas d'une dent, avant d'avoir épuisé tous les moyens de la sauver.

Un des plus remarquables cas de restauration que j'ai observés, est le suivant : La patiente était une dame d'environ 40 ans, dont les dents avaient été négligées et dans la bouche de laquelle il fut nécessaire de poser quatre bridges. A la mâchoire supérieure gauche, elle avait une racine branlante de canine sur laquelle on avait mal ajusté une couronne ; la couronne était tombée depuis quelque temps, et la racine s'était brisée et cariée à près de deux millimètres et demi au-dessous de la gencive, laquelle était très enflammée. Pour poser un bridge satisfaisant, il était nécessaire de sauver la racine, si possible. La gencive fut repoussée, et avec difficulté une bague fut adaptée. La racine était si branlante, qu'il fallait passer au-dessus de la bague avec un instrument très pointu, pour la maintenir afin d'empêcher qu'elle soit arrachée par le maniement de la bague. A cette racine et à une molaire, on ancra un bridge, la bague de la canine était enfoncée d'environ trois millimètres et demi de façon à l'amener au bord de la gencive. Le bridge fut cimenté en place, avec un espace d'environ deux millimètres et demi entre la face de la racine et le plancher de la coiffe, remplie de ciment; la hauteur de la bague

força à mettre une face de porcelaine courte. Ce travail fut fait il y a un peu plus de deux ans.

A l'automne suivant, la patiente revint, et l'état de sa bouche fut trouvé des plus satisfaisant. La racine de la canine était devenue presque aussi solide que n'importe quelle autre dent. L'irritation avait entièrement disparu et les gencives étaient parfaitement saines; mais au niveau de la racine, la diminution de l'inflammation avait mis à jour environ deux millimètres et demi de la bague, ce qui était laid. Celle-ci fut donc enlevée et remplacée par une autre bague et une couronne à face de porcelaine plus longue, améliorant de beaucoup l'aspect. Le premier juillet, je vis de nouveau la patiente, la bouche était en parfait état et la racine de canine était aussi solide qu'aucune autre dent. Ce cas, peu encourageant à première vue, montre, par son résultat, ce que l'on peut quelquefois obtenir même dans les conditions les plus défavorables. J'ai cité ces quelques exemples, pour montrer quels cas extrêmes nous sommes quelquefois appelés à traiter, cas pour lesquels nous devons employer toute notre habileté.

Il nous arrive d'être sommés de faire un travail que nous jugeons impossible, par exemple lorsqu'un patient n'ayant pas le nombre de racines nécessaires au support d'un bridge durable, veut recourir au dernier expédient qui lui évitera le port d'une plaque. En semblable occurrence, le dentiste tentera ce qu'il n'essayerait même pas autrement, mais il doit mettre à couvert sa responsabilité quant à la solidité du travail.

Il a été prouvé que le bridge est un bienfait certain pour l'humanité. Il est d'une valeur inestimable pour la profession, en ce qu'il a contrecarré les effets produits par l'emploi de la vulcanite : car de nouveau, nous devenons habiles dans le travail des métaux précieux qui, pendant un certain temps, parut être un art perdu et il y a, aujourd'hui, autant d'habiles travailleurs d'or qu'autrefois.

Le bridge quand il est indiqué et quand il est convenablement exécuté, est la meilleure chose qu'un dentiste puisse faire pour son patient et rien ne peut le remplacer ; mais dans le cas contraire, c'est la chose la plus terrible et rien ne ruine une bouche aussi rapidement.

Nous devons être conservateurs dans tous nos procédés et dans toutes nos opérations, et nous le serons si nous restons parfaitement honnêtes envers nous-mêmes ; malheureusement il y aura toujours des malhonnêtes gens prêts à tout faire pour de l'argent.

Nous avons tous un certain degré d'enthousiasme ; mais cet enthousiasme ne doit pas être poussé à l'extrême. Nous pouvons avoir de la sympathie et même de l'admiration pour l'enthousiaste honnête et ignorant, mais nous n'avons que du mépris pour l'homme sans probité, ignorant ou capable.

NÉVRALGIE FACIALE REBELLE GUÉRIE PAR L'ALCOOLISATION

Par MM. S. Georgiades,
Chirurgien
et J. Tashdjoglou,
Médecin du service des aliénés de l'Hôpital grec de Smyrne.

Le traitement de la névralgie faciale par les injections est déjà ancien. Ainsi on a utilisé l'acide osmique à 10/0, la morphine, la cocaïne, etc., mais, toutes ces injections et tous les traitements en général employés contre cette maladie redoutable se sont montrés inefficaces. La résection même du ganglion de Gasser n'a pas pu guérir les cas invétérés.

Le seul traitement actuellement en honneur et qui a donné des résultats excellents, c'est l'alcoolisation.

Nous croyons inutile de relater les différentes étapes du traitement, ceci a été fait magistralement par Sicard, Brissaud, Baudoin et Lévy, etc., dans la *Presse médicale* et la *Revue neurologique,* et nous nous bornerons seulement à parler de notre malade.

Il s'agit d'une dame K. A..., âgée de 50 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels d'une importance quelconque. Mariée à l'âge de 19 ans, elle a eu 6 enfants et 2 fausses couches.

Depuis son premier accouchement elle a commencé à avoir des céphalalgies intermittentes qui ont cessé avant l'apparition de la névralgie.

Il y a douze ans elle commença à se plaindre de maux des dents de la mâchoire inférieure. Un dentiste fut appelé, qui lui arracha une dent, mais les douleurs, au lieu de s'amender, ont continué, de sorte que le dentiste, à différentes périodes, lui arracha toutes les dents inférieures et supérieures du côté gauche.

C'est alors que l'un de nous fut appelé pour lui donner ses soins. On a constaté qu'elle souffrait le long du nerf dentaire inférieur et principalement vers le trou mentonnier. Le diagnostic est posé de névralgie du trijumeau. On a essayé toutes les drogues connues, mais aucune n'a donné un bon résultat, ou elle produisait une amélioration provisoire.

Quelques années après, le nerf maxillaire supérieur fut également pris et les souffrances de la pauvre femme étaient intolérables. L'électrothérapie, les cautérisations ignées et les médicaments ne faisaient rien et la malade réclamait une opération et elle était disposée à se soumettre à n'importe quel traitement pour se débarrasser de son mal.

C'est au commencement du mois d'août dernier que nous voyons la malade en consultation avec M. Tashdjoglou et nous avons pensé à lui appliquer le traitement par l'alcoolisation.

La première injection a été faite le 3 août, dans le trou sous-orbitaire.

L'injection a été douloureuse et produisit une anesthésie de l'œil gauche, du nez et de la partie correspondante de la lèvre supérieure. La douleur a duré deux heures et fut suivie d'un œdème qui a persisté pendant 20 jours.

Nous nous sommes servis d'une aiguille en platine iridié, longue de 8 centimètres et d'un calibre de 1 millimètre à peu près ; la quantité d'alcool (de 80°) fut de 1 centimètre cube.

La névralgie n'a pas diminué et quatre jours après nous procédons à une nouvelle injection de 1 centimètre cube.

Nous avons enfoncé l'aiguille au-devant du condyle de la mâchoire inférieure à 2 centimètres et demi en avant du heurtoir de Farabeuf, au milieu du passage elliptique formé en bas par l'échancrure sigmoïde de la mâchoire inférieure, en haut par le bord postéro-inférieur de l'os zygomatique et de l'apophyse zygomatique du temporal.

L'aiguille a été poussée perpendiculairement et un peu inclinée de bas en haut, à une profondeur de 4 centimètres.

L'aiguille a heurté contre l'apophyse ptérygoïde et en la retirant un peu nous injectons l'alcool.

La douleur était très vive. Dans la même séance nous faisons une autre injection dans le trou sous-orbitaire.

Le résultat thérapeutique était médiocre, néanmoins nous avons tenté une nouvelle injection 6 jours après. Celle-ci a été faite sous l'arcade zygomatique au-devant de l'apophyse coronoïde ; la direction de l'aiguille était de bas en haut et de dedans en dehors dans une profondeur de 4 à 5 centimètres.

Le but de ces deux injections était d'anesthésier les deux branches du trijumeau supérieur et inférieur sortant du trou grand rond et oval.

Après cette injection survint un grand soulagement et la malade commença à manger et à dormir tranquillement. Cependant la douleur n'a pas complètement disparu, c'est pourquoi nous pratiquons quatre jours après une autre injection au-devant du condyle. Cette piqûre provoqua une légère hémorragie vite arrêtée par la compression.

Malgré ces injections répétées la malade continuait à souffrir toujours un peu et principalement à la mâchoire inférieure et réclamait instamment l'injection. C'est 18 jours après cette dernière injection que nous pratiquons une piqûre dans le trou mentonnier avec une aiguille de Pravaz dans une profondeur de 2 centimètres.

Après cette injection les douleurs ont complètement cessé et depuis lors la malade n'accuse plus aucun malaise et elle nous dit que depuis 12 ans elle n'a jamais été dans un tel état de santé.

Nous avons revu la malade à plusieurs reprises et constatons la persistance de la guérison.

L'alcoolisation doit être considérée comme un moyen héroïque que la médecine a acquis dans ces derniers temps et aucune autre médication ne peut égaler celle-ci contre la névralgie faciale dite essentielle. Brissaud dit très judicieusement : « Toute névralgie essentielle

qui n'a pas été antérieurement traitée par le chirurgien, doit guérir par les *injections profondes d'alcool* » (Brissaud et Sicard, in *Revue neurologique,* 30 novembre 1907) et nous ajoutons que toute névralgie faciale qui après quelques semaines ne cède pas aux moyens thérapeutiques connus, doit être soumise au traitement de l'alcool. Il est regrettable de laisser souffrir ces pauvres malades de cette terrible névralgie du trijumeau et ne pas les traiter par le moyen le plus efficace qu'on ait jamais connu !

Quelques incidents se produisent après les injections d'alcool : légère paralysie ophthalmique, diplopie, œdème, myosis, etc. ; mais tous ces phénomènes disparaissent quelque temps après sans laisser aucune trace.

Nous considérons qu'on ne doit pas se lasser après les premiers échecs de l'alcoolisation, mais qu'on doit persister jusqu'à la guérison complète, étant donné qu'il n'y a pas d'inconvénient pour la répétition des injections alcooliques.

Nous avons remarqué que les injections profondes seules n'avaient pas pu guérir la névralgie et que les injections périphériques des trous sous-orbitaire et mentonnier ont complété le traitement.

(Journal des Praticiens.)

REVUE ANALYTIQUE

Nouveau procédé d'aurification. — Ostéo-myélite du maxillaire consécutive à une fièvre typhoïde. — Quelques notes sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire par un vaccin bactériologique. — Remarques sur la clinique et la pathologie des nodules pulpaires.

Nouveau procédé d'aurification.

M. Thompson Madin expose un nouveau procédé d'aurification qui, suivant lui, donne des résultats parfaits.

En obturant des cavités cervico-labiales, toutes les difficultés disparaissent, car la digue et le clamp deviennent inutiles, quoique dans toutes les autres cavités la digue s'applique aisément, ce qui est très avantageux.

On ouvre complètement la cavité, on lui donne une forme rétentive par des entailles ou des queues-d'aronde et moins elle est profonde, plus elle est simple et moins elle est angulaire, mieux cela vaut.

La digue posée, avant ou après la préparation, au choix de l'opérateur, et la cavité séchée, couper une feuille d'or n° 30 exactement comme pour prendre une empreinte pour inlay ; malaxer du ciment, comme pour un inlay, en enduire le dedans de la cavité et presser l'or dedans avec de l'amadou. Exercer une pression particulière dans le sens des entailles et parfois presser un brunissoir en boule dans ce sens. On a ainsi une cavité à entailles, bien revêtue d'or, avec du ciment dans chaque irrégularité. Les bords de la cavité doivent être bien nets, car c'est le seul moyen de pouvoir affirmer, quand l'obturation est finie, qu'il n'y a pas de ciments aux bords. Cela se fait aisément en pressant sur l'amadou, en se servant ensuite d'un brunissoir autour des bords, et de la sorte on ne trouve jamais de trace de ciment autour d'une obturation finie. On constate souvent que la feuille s'est fendue et qu'un peu de ciment s'en échappe ; mais cela n'a pas d'inconvénient, car un morceau d'or étalé sur la fente reste aussitôt en position. Placer dans la cavité, sans attendre la prise du ciment, plusieurs morceaux d'or éponge, en commençant par les entailles, et les presser avec de l'amadou, puis condenser avec des fouloirs et finir comme d'habitude. Tout or cohésif convient. Quand il s'agit d'une cavité cervico-labiale, préparer la cavité et la maintenir sèche avec une serviette ; l'or débordant sur la gencive empêche tout échappement.

(*Dent. Cosm.*, fév. 1907, p. 146.)

Ostéo-myélite du maxillaire consécutive à une fièvre typhoïde.

M. Fiaschi, de New-York, a signalé ce cas à la Société dentaire du 1er district de l'Etat de New-York.

Un enfant de 9 ans 1/2 est atteint en mars 1905, d'une pneumonie

suivie d'une fièvre typhoïde en avril. La 3e ou 4e semaine il commence à éprouver des douleurs dans la partie postérieure gauche du maxillaire entre la dernière molaire et l'angle, avec un œdème de la face à l'extérieur au-dessus de cet angle, qui diminue toutefois. Pas de douleurs dentaires. Le médecin, croyant que le mal a une cause dentaire, fait enlever la dernière molaire gauche et incise une tuméfaction située derrière cette dent, d'où il s'échappe du pus. Quelques jours après l'enfant enlève lui-même un morceau d'os nécrosé de la cavité suppurante ; la douleur diminue, mais la tuméfaction augmente.

L'angle de la mâchoire du côté gauche est très tuméfié et la bouche ne peut s'ouvrir que de 25 mm. Dent manquante dans l'alvéole de la dernière molaire et suppuration d'une cavité située derrière cette dent. Une sonde introduite dans cette cavité touche un os rugueux et dénudé.

Opération le 2 juin 1906 : séparation des deux maxillaires avec un ouvre-bouche, extraction de la première molaire côté gauche ; enlèvement de morceaux d'os nécrosé de la branche horizontale et montante, curettage et tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Enlèvement de 27 mm. de l'extrémité inférieure de la branche montante et de la partie postérieure de la branche horizontale et de l'angle. Déviation immédiate du maxillaire à gauche. Pour y remédier pose d'un appareil de rétention en caoutchouc ressemblant à une attelle interdentaire à double arcade pour maintenir la mâchoire inférieure en articulation exacte avec la mâchoire supérieure.

Le patient quitte l'hôpital le 24 juin 1906. Il porte l'appareil ensuite pendant 4 mois, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'articulation est bonne. En octobre la région sur laquelle l'opération a été faite est complètement régénérée, ferme et solide. La déviation de la ligne médiane de la mâchoire inférieure d'avec celle du maxillaire est d'environ la moitié de la largeur de l'incisive centrale inférieure, tandis qu'après l'opération c'était presque de 18 mm. L'intérieur de la bouche est sain, sauf que l'os, au niveau de l'angle n'est pas aussi épais que du côté droit ; mais on ne remarque rien en apparence. Pas de bacille d'Eberth à l'examen bactériologique.

(*Dent. Cosm.*, mars 1907, p. 264.)

Quelques notes sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire par un vaccin bactériologique.

Les auteurs font part du résultat de quelques cas de pyorrhée alvéolaire traitée par le vaccin bactériologique. Dans la plupart des cas les patients soignés l'ont été avec le vaccin obtenu par le streptocoque.

On a essayé de contrôler le traitement par l'indice opsonique. Mais le streptocoque est très difficile à traiter.

Dans les cinq cas examinés il s'agissait d'une pyorrhée légère chez des sujets à dents très bien soignées. Les dents étaient ébranlées et quelques-unes étaient tombées. Sauf le nettoyage, on ne se servit d'aucun traitement local.

1er Cas. On constate la pyorrhée alvéolaire sur les dents du maxillaire inférieur, on isole le streptocoque. Quatre inoculations dans un intervalle de dix jours restèrent sans résultat. Le traitement local donne une amélioration.

2e Cas. Le patient souffre depuis trois mois d'une pyorrhée alvéolaire. Isolement du streptocoque, trois inoculations dans l'espace de dix jours. En 24 heures tous les symptômes disparaissent et il ne s'est pas produit de récidive.

3e Cas. Le patient a les dents ébranlées depuis deux ans, le pus sort des gencives, les clapiers sont profonds, l'état général très mauvais. On isole le même organisme, on fait quatre inoculations. Le suintement du pus est arrêté mais les dents ne se raffermissent pas.

4e Cas. Ebranlement depuis cinq ans, lorsque le patient a présenté un abcès. La dent incriminée a été extraite et depuis il persiste un écoulement de pus par les gencives. Le patient reçoit plusieurs inoculations et au bout d'un traitement de deux mois il accuse une amélioration sensible.

La question se pose, de savoir si le vaccin à employer doit être individuel ou si le même microbe isolé peut servir à plusieurs individus? Les auteurs ont traité un cas avec le vaccin destiné à un autre sujet et le résultat en était bon.

(*Deutsche Zahnarzt. Wochenschrift*, 12 septembre 1908.)

S.

Remarques sur la clinique et la pathologie des nodules pulpaires.

L'auteur rappelle la difficulté de préciser le diagnostic des nodules pulpaires enfermées dans la dent. Il est curieux de constater que les nodules pulpaires se trouvent le plus souvent dans les dents qui ne sont pas atteintes de carie et que les symptômes subjectifs sont inconstants. Dans certains cas, ils provoquent des douleurs névralgiques atroces avec irradiation étendue; dans d'autres, ils ne présentent que les symptômes d'une pulpite localisée, et dans d'autres encore, ils se développent sans provoquer la moindre douleur. C'est purement par hasard qu'on les découvre.

Les moyens que nous avons à notre disposition pour faire le diagnostic sont de deux sortes : symptômes subjectifs et objectifs. Les derniers sont insuffisants et les premiers se manifestant par des douleurs violentes, sont très souvent incertains. Hentze a observé que les symptômes subjectifs présentent trois stades :

1° La douleur est localisée sur une seule dent et apparaît sous forme de crise, sous l'influence du chaud et du froid;

2° La douleur n'est plus localisée, s'irradie vers la tempe et la nuque et apparaît sous forme de crise ;

3° La douleur est localisée sur une dent déterminée ; elle est constante.

L'auteur n'a pas examiné ces assertions et il est d'avis que les symptômes subjectifs étant soumis à beaucoup de variations, il est nécessaire de rechercher toutes les causes qui pourraient donner lieu à une

douleur névralgique, avant d'incriminer un nodule. Les moyens objectifs seuls pourront nous amener à l'affirmer.

L'auteur énumère certains moyens qui aident à soupçonner et à incriminer ensuite avec certitude le nodule pulpaire causant la névralgie. Ce sont :

1° Anesthésie locale.

2° La recherche de la sensibilité des zones périphériques correspondantes d'après Head.

3° L'examen avec le courant d'induction.

4° Les rayons X.

L'anesthésie locale doit être employée pendant la période douloureuse. Si les douleurs disparaissent ou diminuent sensiblement il faut penser à une cause périphérique.

Selon Verger, l'anesthésie locale permet de différencier la névralgie d'origine dentaire de la névralgie d'origine centrale.

La diffusion de l'anesthésique peut nous induire en erreur.

1° Head a prouvé que l'affection des organes internes se manifestent extérieurement par une hyperesthésie de certaines zones de la peau. Il a localisé des zones correspondant aux dents. L'auteur ne s'est pas servi de cette méthode.

2° Le courant d'induction ne donne pas pleine satisfaction pour le moment.

3° La méthode des rayons X a donné quelques bons résultats à l'auteur. Dans quelques cas, on pouvait voir distinctement avec les rayons X le nodule dans la dent. Quoi qu'il en soit, l'auteur ne considère pas ce moyen comme très précis, étant donné que les rayons X ne donnent que des images d'ombre et que dans les dents à racines multiples les images se recouvrant, il résulte sur la plaque des différences d'épaisseur qui donnent lieu à des erreurs.

L'auteur a tracé la route, il suffirait de continuer les recherches et de signaler le moyen le plus pratique pour diagnostiquer le nodule pulpaire.

(*Deutsche Wochenschrift,* 3 octobre 1908.)

S.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin, 23-28 août 1909.

Ainsi que nous l'avons annoncé, le congrès aura lieu au Palais du Reichstag (Parlement).

Le président d'honneur est M. le conseiller intime professeur Waldeyer, docteur en médecine.

Les membres d'honneur sont : MM. le conseiller médical intime docteur Naumann, chef du département médical au ministère ; le professeur Dr Kirchner, conseiller médical intime du gouvernement.

Le congrès comprend les organes suivants :

1. Le Comité d'organisation ; 2. Le Comité local berlinois ; 3. Les présidents des sections.

I. Le Comité d'organisation se compose de 15 membres, dont nous avons publié les noms dans notre numéro du 30 mai 1908, p. 475.

II. Le Comité local berlinois se compose de 38 membres, dont nous avons également publié le Bureau dans le même numéro.

Le Comité local berlinois est chargé d'organiser les fêtes, de procurer des logements et de donner des renseignements aux confrères étrangers sur le voyage et le séjour à Berlin, etc. Toutes les demandes relatives à ces différents points doivent être adressées au président du Comité local.

III. Les présidents de sections.

Il a été formé 12 sections, qui peuvent toutes siéger les unes à côté des autres dans différentes salles du Palais du Reichstag. Rappelons-les, quoiqu'elles aient été indiquées dans le numéro précité.

SECTION I. — *Anatomie, physiologie, histologie.*

Président : M. le docteur Adloff.

SECTION II. — *Pathologie, bactériologie.*

Président : M. le professeur Römer.

SECTION III. — *Chimie, physique, métallurgie.*

Président : M. C. Birgfeld.

SECTION IV. — *Diagnostique et thérapeutique spéciale. Matière médicale.*

Président : M. le professeur Michel.

SECTION V. — *Chirurgie buccale et prothèse chirurgicale.*

Présidents : M. le conseiller intime professeur Partsch ; M. le professeur Schröder.

SECTION VI. — *Anesthésie générale et locale.*

Président : M. le docteur Fischer.

SECTION VII. — *Dentisterie conservatrice.*

Président : M. le professeur Sachs.

SECTION VIII. — *Prothèse, y compris couronnes et ponts. Céramique.*

Président : M. le professeur Riegner.

SECTION IX. — *Orthodontie.*

Président : M. le chirurgien-dentiste de la cour Heydenhauss.

SECTION X. — *Hygiène de la bouche et des dents.*

Président : M. le docteur C. Roese.

SECTION XI. — *Enseignement et législation.*

Président : M. le docteur Ritter.

SECTION XII. — *Histoire et littérature.*

Président : M. le docteur Hoffendahl.

La Xe section nous informe qu'elle met à son ordre du jour pour en faire le sujet de communications et de discussions les sujets ci-après :

1° La création de cliniques dentaires urbaines est un besoin d'hygiène internationale populaire ;

2° C'est un auxiliaire essentiel pour empêcher et combattre les maladies infectieuses, notamment la tuberculose ;

3° Pour entretenir la santé du peuple le dentiste scolaire doit donc avoir un rôle analogue au dentiste militaire.

Pendant la semaine du congrès paraîtra quotidiennement un journal du congrès en trois langues (allemand, anglais, français). Le rédacteur de ce journal sera M. le docteur Conrad Cohn.

Tous ceux de nos confrères qui désirent faire des conférences ou des démonstrations sont priés de nous en informer.

Rappelons enfin qu'une exposition internationale sera rattachée au congrès. Elle comprendra tout ce qui se rapporte au domaine dentaire scientifique et industriel. Elle sera organisée dans le Palais du Reichstag. La direction en a été confiée à M. le professeur Dieck.

Le Président du Comité français de propagande,

FRANCIS JEAN,

35, rue Tronchet.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION DES PROFESSEURS DES ECOLES DENTAIRES RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE

PROCÈS-VERBAUX.

Séance du 25 juin 1908.

C'est au cours d'une réunion préparatoire au Congrès de Clermont-Ferrand que fut émise pour la première fois, par M. Siffre, l'idée d'un groupement des professeurs des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique. Cette proposition sourit aux représentants des deux écoles présentes, MM. Delair, Franchette, Francis Jean, Roy et Barden, qui, en se réunissant à l'auteur de la proposition, constituèrent le *Comité d'initiative*, qui provoqua la réunion du 25 juin 1908.

Cette réunion eut lieu à l'Ecole Odontotechnique. Tous les professeurs et professeurs suppléants des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique avaient été convoqués, c'est-à-dire les professeurs des Ecoles de Lyon, de la rue de La Tour-d'Auvergne et de la rue Garancière. 29 membres assistèrent à cette réunion et signèrent la feuille de présence : MM. Delair, Francis Jean, Franchette, Grimaud, Queudot, Frison M., Dr Frison, F. Ducournau, Maleplate, Deschamps, Audy, Mendel-Joseph, Neech, Guiard, Dauzier, Levett, Touvet-Fanton, Blatter, Jean, Fort, d'Argent, Pailliottin, Bruel, Guérard, Berlioz, Rodolphe, Godon, Siffre et Barden.

Tous les professeurs des deux Ecoles de Paris qui n'étaient pas présents avaient répondu à l'appel du Comité d'initiative en adressant à M. Siffre leurs adhésions. Quant aux professeurs de l'Ecole de Lyon, qui tout d'abord avaient fait quelques réserves pour n'avoir pas été compris dans le Comité d'initiative, ils envoyèrent par la suite leurs adhésions.

La séance fut présidée par M. Siffre, assisté des autres membres du Comité d'initiative, qui constituèrent ainsi le bureau provisoire de l'Association.

M. Siffre expose les raisons qui lui paraissaient motiver le Groupement des professeurs des Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique : nécessité de s'unir, de se mieux connaître, afin de mieux défendre nos intérêts moraux et matériels, etc., puis il déclare la discussion ouverte sur sa proposition. Tour à tour prennent la parole MM. Godon, Touvet-Fanton, Grimaud, Ducournau, Barden, Pailliottin, Deschamps.

Puis on nomme un *Comité provisoire* de 9 membres, composé de : MM. Pont, Guillot, Vichot, de l'Ecole de Lyon ; Delair, Francis Jean, Roy, de l'Ecole dentaire de Paris ; Franchette, Barden, Siffre, de l'Ecole Odontotechnique.

Ce Comité provisoire est chargé de l'élaboration d'un projet de *statuts* de l'Association, projet de statuts qui devra être présenté le

23 juillet 1908, dans une réunion qui aura lieu à 8 h. 1/2 du soir à l'Ecole dentaire de Paris, et qui constituera la première *assemblée générale* de la Société.

La séance est levée à 11 heures.

Séance du Comité provisoire du 9 juillet 1908.

La séance est ouverte à 9 heures, chez M. Franchette, par M. Siffre.

Sont présents : MM. Barden, Delair, Franchette, Roy, Siffre.

Excusés : MM. Francis Jean, Guillot, Pont, Vichot.

Le secrétaire lit une lettre de M. Pont demandant que dans le Comité d'initiative on remplace MM. Pont et Guillot par MM. Ravet et Soulard. Accepté. Puis, après une discussion générale de quelques instants, on aborde les différents titres des statuts et on élabore le projet qui a été adressé à tous les adhérents.

La séance est levée à minuit.

Assemblée générale du 23 juillet 1908.

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de M. Siffre, à l'Ecole dentaire de Paris.

La séance est tout entière consacrée à l'examen du projet de statuts élaboré par la Commission. Avant d'aborder la discussion des différents articles, il est donné lecture d'une lettre de M. Ducournau, qui, empêché, signale à l'assemblée quelques points du projet qui lui paraissent devoir être modifiés.

On aborde ensuite la discussion du projet de la Commission et à 11 heures, après modifications des différents articles demandées par MM. Godon, Delair, Audy, Siffre, l'assemblée adopte les statuts.

On passe ensuite à l'élection des membres du *Conseil d'administration*. Le secrétaire lit alors une lettre de M. Pont demandant que dans le Comité d'initiative MM. Pont et Guillot soient remplacés par MM. Soulard et Ravet.

Le résultat du scrutin est le suivant. Sont élus membres du Conseil d'administration :

Pour l'*Ecole dentaire de Paris* : MM. Delair, Francis Jean, Roy. — 21 voix sur 22 votants.

Pour l'*Ecole Odontotechnique* : MM. Barden, Franchette, Siffre. — 21 voix sur 22 votants.

Pour l'*École de Lyon* : MM. Ravet, Soulard et Vichot. — 22 voix sur 22 votants.

Sur la proposition de M. Siffre on décide que la prochaine réunion du Conseil d'administration se tiendra à Clermont-Ferrand pour la composition du bureau de l'Association. La séance est levée à 11 h. 1/4.

Séance du Conseil d'administration du 5 août 1908.

La séance est ouverte à 5 heures dans une des salles du lycée Blaise-Pascal, à Clermont-Ferrand.

Sont présents : MM. Francis Jean, Siffre, Barden, Franchette, Soulard.

Excusés : MM. Delair et Roy.

Après vote, le bureau de l'Association pour l'année statutaire 1908-1909 est composé de la façon suivante :

MM.

Président........ Siffre (Ecole Odontotechnique).
Vice-présidents... Francis Jean (Ecole dentaire de Paris).
Soulard (Ecole dentaire de Lyon).
Secrétaire....... Barden.
Trésorier........ Roy.

On décide que la réunion de rentrée de l'Association aura lieu à Paris dans la seconde quinzaine d'octobre. La séance est levée à 6 heures.

Séance du Conseil d'administration du 7 octobre 1908.

La séance a lieu chez M. Siffre à 6 heures du soir. M. Siffre préside.

La réunion est motivée par une lettre que M. Siffre a reçue de M. Godon et qui a trait à une très importante revendication des dentistes. La lettre de M. Godon est ainsi conçue :

« Mon cher président,

» Une des raisons d'être de notre nouvelle Association des professeurs est de défendre leurs droits et prérogatives. Or, il est un droit qui pourrait être en ce moment utilement revendiqué : c'est le droit d'être choisi comme examinateur pour le 3e examen de chirurgien-dentiste. Il serait possible d'obtenir cette désignation, étant donné, d'une part, les projets de réforme sur le point d'être réalisés à l'Instruction publique et, d'autre part le lien officiel qui existe actuellement entre les écoles dentaires reconnues d'utilité publique et dont les dispensaires sont assimilés à ceux de l'Assistance publique et l'Administration supérieure.

» Je vous propose donc de saisir le bureau de l'Association et l'Association elle-même, à sa prochaine séance, d'un projet de pétition au Ministre de l'Instruction publique et au président de l'Association des professeurs, qui devrait être envoyé au plus tard vers le 15 octobre. Inutile de vous dire que je me mets à votre disposition pour vous aider dans toutes les démarches nécessaires, notamment pour la préparation du projet de pétition.

» En attendant votre réponse, etc. »

Après la lecture de cette lettre, M. Godon prend la parole pour expliquer que l'heure lui semble tout à fait favorable pour le succès d'une pareille revendication. Tous les membres présents étant d'accord sur la nécessité qu'il y a pour les dentistes d'obtenir satisfaction sur ce point, il est décidé que, de concert avec l'auteur de la proposition, une Commission composée de MM. Barden, Roy et Siffre sera chargée d'élaborer un projet de pétition qui sera présenté à la réunion de l'Association du 23 octobre 1908. Cette Commission se réunira le mercredi 14, à 6 heures, chez M. le Dr Godon.

La séance est levée à 7 h. 3/4 après fixation de l'ordre du jour de la séance du 23 octobre.

Le secrétaire, A. BARDEN.

CORRESPONDANCE

A l'occasion du décret du 11 janvier nous avons reçu de nombreuses lettres de félicitations pour *L'Odontologie* et notre Groupement tout entier dont l'organisation nouvelle réalise les principales revendications.

Sans nous laisser arrêter par les attaques calomnieuses autant qu'intéressées d'adversaires parfois peu scrupuleux, nous avons sans cesse lutté pour la défense de la cause odontologique et nous sommes heureux d'avoir réussi.

Comme nous l'écrit un correspondant de province, qui reflète en cela l'état d'âme de beaucoup de confrères provinciaux, « la persévérance et l'honnêteté vaincront toujours la mauvaise foi et le bluff ».

Nous en sommes persuadés et des encouragements comme ceux que nous mentionnons ne peuvent que nous inciter à continuer dans la voie où nous nous sommes engagés.

La Rédaction

UNE DÉMISSION

Nous avons reçu, avec prière de l'insérer, copie de la lettre ci-dessous, adressée au Président du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France. Nous la publions sans commentaires.

Le Mans, 28 janvier 1909.

Mon cher Président,

J'ai l'honneur de vous adresser ma démission de membre de Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

J'ai attendu deux ans pour me séparer de mes confrères et je le fais avec regret.

A la politique de haine de MM. les membres influents du Syndicat, qui détruit lentement le ressort de nos aspirations en ce qui concerne l'orientation professionnelle, l'éducation à donner au futur dentiste, j'espérais toujours voir succéder une politique d'apaisement et de réconciliation.

J'ai le regret d'avoir été complètement déçu.

Rien n'est plus mortel pour nous odontologistes, rien ne nous use

comme nos déchirements intérieurs, qui nous lancent les uns contre les autres et nous font perdre de vue l'éternel danger stomatologique.

L'attitude de mes confrères du Syndicat me dicte mon devoir ; je me retire.

Je vous prie d'agréer l'assurance de ma considération très distinguée.

P. Monnin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN ESPAGNE, EN PORTUGAL ET DANS L'AMÉRIQUE LATINE

Rapport présenté à la Fédération Dentaire Internationale, Session de Bruxelles, août 1908.

Par O. Amoedo.

(Suite et fin [1].)

CHILI

En octobre 1888, est décrété par le Gouvernement suprême après accord préalable avec le Conseil de l'Instruction publique dans sa session du 9 juillet de la même année, l'établissement d'une école spéciale sous la dépendance de la Faculté de médecine et de pharmacie dans laquelle devront être enseignées les branches nécessaires pour obtenir le titre de dentiste.

L'Ecole dentaire commença à fonctionner en 1889 dans une salle annexe de l'hôpital Saint-Vincent, avec deux professeurs, un de 1re année, M. Nemesio Davila B., et un autre de 2e année, le docteur Eulogio Cortinez.

Après la révolution de 1891, le professeur de 1re année fut remplacé par le docteur Roberto Barahona, actuellement professeur de pathologie et d'hygiène.

Actuellement l'Ecole dentaire de Santiago possède 40 fauteuils.

Pour entrer à l'Ecole dentaire on exige un certificat prouvant que le candidat a terminé les études correspondant aux quatre premières années du programme des humanités du 5 avril 1893 (système concentré) et obtenu un certificat de promotion de 5e année, ou bien a suivi les branches de l'instruction primaire ci-après :

Grammaire espagnole, géographie et arithmétique.

Et les matières suivantes de l'instruction secondaire :

1. V. *L'Odontologie* des 30 septembre, 15 et 30 octobre 1908.

Chimie, physique, histoire naturelle et une langue vivante [1].

Les examens dentaires sont théoriques et pratiques et se passent devant un jury composé de professeurs de l'Ecole dentaire, du doyen et du secrétaire de la Faculté de médecine et de pharmacie.

Le titre de dentiste est décerné par le doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie.

L'Ecole dentaire fonctionna dans de très mauvaises conditions et avec une installation insuffisante jusqu'en l'année 1898.

A cette époque fut nommé directeur et professeur M. Germain Valenzuela Bastarrica, docteur en médecine et chirurgie de l'Université de Santiago, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris. Il réussit à améliorer peu à peu les divers services et les installations de l'Ecole dentaire et, après ses démarches réitérées, à la date du 18 juillet 1904, fut approuvé le programme d'études suivant :

Première année.

Anatomie et bactériologie. Trois heures par semaine.
Pathologie générale et dentaire et hygiène. Deux heures par semaine.
Notions de pratique dentaire. Trois heures par semaine.

Seconde année.

Dentisterie opératoire. Trois heures par semaine.
Prothèse. Trois heures par semaine.
Clinique dentaire chirurgicale. Six heures par semaine.

Troisième année.

Dentisterie opératoire. Trois heures par semaine.
Prothèse. Trois heures par semaine.
Clinique dentaire chirurgicale. Six heures par semaine.

L'enseignement est réparti entre cinq professeurs : au 1er sont assignées l'anatomie, la physiologie et la bactériologie; au 2e la pathologie générale et dentaire et l'hygiène ; au 3e les notions de pratique dentaires et de dentisterie opératoire, 2e et 3e années ; au 4e la prothèse de 2e et 3e années et les notions de prothèse à ceux de 1re année ; au 5e la clinique dentaire chirurgicale 2e et 3e années et les notions de clinique dentaire chirurgicale à ceux de 1re année.

Il y a, en outre, neuf aides pour les services cités plus haut.

Les élèves, en dehors de leur présence aux classes, sont tenus de s'occuper hebdomadairement des travaux pratiques et des cabinets qui leur sont désignés par les professeurs de l'Ecole.

---

1. Actuellement on projette d'exiger la totalité des humanités, soit les cinq années complètes.

L'École dentaire fonctionne avec le personnel suivant :

Dr *Germain Valenzuela*.....	Directeur et professeur de clinique dentaire chirurgicale.
Dr *Leopold Belloni*.........	Professeur d'anatomie, de physiologie et de bactériologie.
Dr *Robert Barahona*........	Professeur de pathologie générale et dentaire et d'hygiène.
Dentiste *Louis S. Sotomayor*.	Professeur de dentisterie opératoire.
» *Alexandre Manhoud*	Professeur de prothèse.

Aides.

D'anatomie..................	*Julio Paredes Fuentealba.*
De dentisterie opératoire......	Dentiste *Tomás Allende.*
	» *Carlos Bollon.*
	» *Pedro Villarreal.*
	» *Carlos Leiba.*
	» *Arturo Sierra.*
De prothèse.................	» *Carlos Mújica.*
	» *Maximiliano Escobar.*
	» *Arturo Hernan.*
De clinique dentaire chirurgicale.	» *Enrique Lazaeta.*

Actuellement l'Ecole est installée dans une maison particulière ; mais elle possède un terrain dans un quartier central de Santiago et on dresse les devis et les plans pour un édifice approprié, qui sera bâti aux frais du ministère de l'Instruction publique.

Au Chili toutes les études universitaires sont gratuites pour l'élève, c'est-à-dire sont faites aux frais de l'Etat.

Le programme des études théoriques est très complet et très détaillé.

Cours théorique-pratique de dentisterie opératoire.

Première année.

1° *Connaissance des instruments.* Moyen de s'en servir (L'Ecole possède un ensemble complet d'instruments modernes).

2° *Examen de la bouche et des dents.*

a) Position de l'opérateur.

b) Position du malade pour les différents cas.

3° *Préparation préalable de la bouche pour l'exécution des obturations, soins, etc.*

a) Extractions.

b) Extraction du tartre, calculs salivaires et taches superficielles de l'émail.

4° *Manière d'obtenir la séparation entre les dents.*

5° *Classification des cavités.*

6° *Préparation des cavités*, savoir :

Ouverture, extraction de la partie cariée, forme des cavités pour les différentes obturations.

7° *Obturation d'or.* Cohésif et non cohésif, dans ses différentes formes ; feuilles, cylindres, éponge, cristal, fibreux, etc.

Obturation d'amalgames, savoir : Amalgame à durcissement lent ou rapide, amalgame de cuivre; indications de chaque sorte et manière d'en user. Gutta-percha dans toutes ses variétés.

Obturations au ciment. Indication et mode d'emploi.

8° *Exécution des obturations déjà énumérées, aux dents extraites.*

Seconde année.

1° *Matières combinées pour obturations.*

Or et ciment ; amalgame et ciment ; or et amalgame. Gutta-percha et amalgame. Indications et contre-indications.

2° *Porcelaine.* Composition. Indications et contre-indications de la porcelaine à haute, moyenne et basse fusion. Technique.

3° *Etain en feuilles.* Technique, indications et contre-indications.

4° *Sélection du matériel d'obturation* pour les différents cas.

Exécution de toutes les obturations dans la bouche des patients qui viennent journellement à la clinique.

5° *Traitement de la dentine sensible.* Moyens chimiques, physiques et anesthésiques.

6° *Exclusion de l'humidité.* Digue en caoutchouc, serviettes, rouleaux de coton, etc.

7° *Traitement du nerf dentaire.*

Désinfection, traitement du nerf, dévitalisation avec arsenic, pression et cocaïne, avec cautère électrique. Obturation des racines par différentes méthodes.

8° *Espaces proximaux* entre les obturations.

9° *Traitement des diverses complications* de la carie du 4e degré.

10° *Couronnes de porcelaine* avec pivot fixe. Technique de leur emplacement. Indications et contre-indications.

11° *Soins spéciaux des dents de la première dentition.*

Troisième année.

1° *Blanchiment des dents mortes* (technique).

2° *Réimplantation dentaire.* Indications (technique).

3° *Momification de la pulpe dentaire.* Indications (technique).

4° *Hygiène dentaire.*

5° *Cataphorèse appliquée à la dentisterie* (technique).

6° *Traitement des accidents de la première dentition.*

7° *Pyorrhée alvéolaire :* son traitement.

Classes supplémentaires.

Etudes élémentaires d'embryologie dentaire, première année.

Macroscopie dentaire, première année.

Applications des différentes anesthésies générales employées en dentisterie, deuxième année.

Etudes élémentaires de toxicologie, troisième année.

Clinique dentaire chirurgicale.

Première année. — Une heure et demie par semaine.

Infection et désinfection : généralités.

Examen de la bouche et des dents, méthodes et règles pour cet examen.

Fauteuil dentaire, instruments d'exploration.

Diagnostic des quatre variétés de caries dentaires ; diagnostic du tartre, ses variétés et complications. Traitement. Extractions dentaires, ses indications, instruments, forceps. Variétés. Clé de Garangeot. Elévateur, pied de biche, langue de carpe, ciseau et marteau, vis conique. Complications des extractions. Hémorragie dentaire, son traitement.

Seconde année. — Six heures par semaine.

Travail pratique.

Principalement, extractions avec emploi des anesthésiques locales et générales.

Généralités, sémiologie buccale. Notions générales. Définitions élémentaires du diagnostic ; méthode diagnostique ; interrogation et examen du malade. Interprétation.

Principaux moyens physiques d'exploration. Inspection. Tact et palpation. Percussion, auscultation, mensuration. Poids. Ponction exploratrice. Radiographie et radioscopie. Température. Examen des liquides frigorifiques. Manière de recueillir les observations.

Inspection clinique de la bouche. Signes fonctionnels. Moyens d'exploration. Signes physiques.

Symptômes cliniques des maladies de la bouche. Lèvres. Sémiologie générale. Vices de conformation, lésions traumatiques, lésions inflammatoires, lésions ulcéreuses Diagnostic des tumeurs des lèvres.

Muqueuse buccale. Lésions traumatiques, éruptions diverses. Stomatites aiguës, chroniques, traumatiques, toxiques, spécifiques.

Gencives. Lésions traumatiques, inflammatoires. Tuberculose. Syphilis. Tumeurs.

Joues. Lésions traumatiques, lésions inflammatoires et ulcéreuses. Tumeurs.

Voûte palatine et voile du palais. Perforation et divisions. Traumatismes, lésions inflammatoires et ulcéreuses, tumeurs, paralysie du voile.

Plancher de la bouche. Lésions traumatiques, lésions inflammatoires, tumeurs.

Langue. Sémiologie générale, vices de conformation. Lésions trau-

matiques, lésions inflammatoires, glossite et ses variétés. Tumeurs de la langue Névralgies de la langue.

Maladies des glandes salivaires. Lésions traumatiques. Fistules salivaires. Calculs salivaires. Lésions inflammatoires. Tumeurs des glandes salivaires.

Diagnostic clinique des maladies des maxillaires. Vices de conformation ; lésions traumatiques ; ostéite ; nécroses ; tumeurs.

Diagnostic des affections des articulations temporo-maxillaires. — Luxations de la mâchoire inférieure. Arthrite ; contractions du trismus des mâchoires.

Affection du sinus maxillaire. — Sinusites ; variétés ; diagnostic ; fistule du sinus ; tumeurs du sinus.

Névralgies faciales. — Névralgies du trijumeau ; névralgie de la joue ; névralgie faciale ; tic douloureux de la face.

Anomalies dentaires. — Eruption, variétés et traitement ; disposition et nombre, variétés et traitement ; leur structure, variétés et traitement.

Traumatisme des dents. — Luxations, fractures, abrasions ou usure des dents.

Caries dentaires. — Complications et son traitement.

Erosion chimique.

Pyorrhée et son traitement.

Troisième année.

Programme et travaux pratiques de la deuxième année. Trois heures par semaine.

Prothèse dentaire.

Première année. — Deux heures par semaine.

Travaux obligatoires. (Sur modèles de plâtre.)

Cinq couronnes métalliques. Une plaque pour l'estampage, une plaque de caoutchouc sans dents.

Deuxième année. — Quatre heures par semaine.

Travaux obligatoires. — 10 plaques de caoutchouc. Couronnes métalliques dans la bouche. Confection des couronnes Richmond sur modèle. Un pont simple fixe sur modèle ; deux réparations de plaque ; une plaque partielle soudée.

Troisième année. — Confection de plaques de platine émaillées (Continuous Gum).

Porcelaines à haute fusion. Emaux. Corps d'Allens. Confection de plaques complètes et partielles et de ponts de Richmond émaillés.

Manière de remplir une dépression alvéolaire en ajoutant à une dent une gencive artificielle.

Modification de la couleur des dents ; email spécial.

Prothèse des maxillaires et de la face.

Etude du traitement des fractures, reconstitution des pertes des tissus des maxillaires ; prothèse de la voûte et du voile, prothèse nasale et linguale.

Fractures des maxillaires. — Se divise en fractures du maxillaire inférieur et fractures du maxillaire supérieur.

Fractures du maxillaire inférieur. — Généralités ; place de la fracture ; fracture simple ; fracture compliquée ; causes, diagnostic, traitement, complications et manière d'immobiliser ou appareil de contention.

Appareils de contention. — Se divisent en médiats et immédiats.

Les immédiats sont : les bandes, les frondes, les ligatures, les sutures et les appareils en gutta-percha.

Les médiats sont : Appareil de Malgaigne, de Cumming, de Martin, de Martinier et de Kingsley.

Fractures du maxillaire supérieur.— Généralités ; place de la fracture ; fracture simple ; fracture compliquée ; causes ; diagnostic ; pronostic ; traitement ; complications et manière d'immobiliser et de contenir.

Appareil contensif. — Appareil Græfe, Goffres, Cumming et Salter. Description et confection. Applications d'appareils. Soins consécutifs et désinfection.

Reconstitution de la perte des tissus des maxillaires. — Se divise en immédiate et médiate.

Immédiate. — Considérations générales ; exposition de la méthode ; appareils primitifs ; appareils secondaires pour le maxillaire inférieur et pour le supérieur ; description, construction ; placement de l'appareil primitif ; traitement ; pose de l'appareil secondaire. Conclusions.

Médiate. — Considérations générales ; appareils primitifs ou correctifs ; appareils secondaires ou définitifs du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur ; méthode de Préterre et de Martin ; placement de l'appareil ; conclusions.

Prothèse de la voûte. — Considérations générales ; causes ; traitement ; appareil simple ; appareil compliqué ; description ; construction ; rétention.

Prothèse du voile. — Causes ; traitement ; appareil simple ; appareil compliqué ; description ; confection ; rétention.

Prothèse nasale. — Considérations générales. Causes. Appareil pour redresser le nez ; appareil pour élargir les narines ; appareil pour la correction des nez plats ; description ; confection ; rétention.

Prothèse linguale. — Causes. Considérations générales ; description ; confection.

PIÈCES DE PROTHÈSE EXIGÉES POUR PASSER L'EXAMEN DE TROISIÈME ANNÉE.

Deux dentiers complets articulés d'après les principes et lois de Bonwill.

Une plaque en celluloïd.

Une plaque partielle supérieure avec crochets.

Une plaque totale métallique avec dents fixes par soudures.

Une couronne de platine et porcelaine système Richmond.

Un pont simple dans la bouche.

Un pont composé sur modèle.

Un appareil de correction avec modèle ou dans la bouche.

Un appareil pour la reconstitution du voile.

Un appareil d'immobilisation pour fracture.

Ceux-ci pourront être modifiés par le professeur.

Travaux facultatifs. — Ceux-ci seront faits aux frais des intéressés.

Plaques de porcelaine continue ou céramique.

Pont en porcelaine.

Plaque en or.

Instruments : ceux de la deuxième année.

Matériel : un jeu de dents pour plaque en métal.

DIPLOMÉS ÉTRANGERS.

Les formalités exigées des diplômés à l'étranger pour exercer au Chili (Chilien ou étranger) consistent en une épreuve pratique à l'école, savoir :

1° Arrangement complet d'une bouche ;

2° Une pièce de dents artificielles au malade ;

3° Une épreuve pratique dans la clinique dentaire (généralement un examen de bouche, un diagnostic et une extraction) ;

4° Une épreuve théorique à l'Université en présence du doyen de la Faculté de médecine, du secrétaire et de trois membres de l'Ecole dentaire (professeurs).

*
* *

Les programmes de l'enseignement de l'art dentaire au Chili sont des plus complets.

La partie technique, surtout, est enseignée avec le plus grand soin. L'année dernière le professeur de prothèse est venu en Europe et aux Etats-Unis afin d'étudier dans les différentes écoles dentaires l'enseignement de la prothèse.

Dans ces dernières années j'ai eu l'occasion de faire connaissance, à Paris, avec une dizaine de jeunes confrères, élèves de l'Ecole dentaire du Chili, venus en voyage de perfectionnement professionnel.

J'ai pu constater qu'ils possédaient tous une culture professionnelle admirable.

Il existe au Chili, comme aux Etats-Unis, ce que votre vice-président, le docteur Sauvez, a si bien appelé *l'esprit dentaire*. Le dentiste y jouit de la même considération sociale que tous ceux d'une autre profession libérale quelconque.

CRÉATION D'UN INSTITUT STOMATOLOGIQUE ITALIEN

Le 3 novembre dernier a été inauguré à Milan un Institut stomatologique italien dirigé par le professeur Mangiagalli et administré par un certain nombre de docteurs en médecine. L'inauguration a eu lieu en présence du préfet, du maire, des députés, des directeurs des hôpitaux, des membres du Conseil supérieur de santé, etc.

L'établissement comprend une grande salle de dentisterie opératoire avec sept fauteuils et l'installation la plus moderne, une salle de chirurgie dentaire avec trois fauteuils, appareils de stérilisations de désinfection, crachoirs à eau courante, etc., une salle de petite chirurgie dentaire avec un fauteuil, une salle pour les grandes opérations de clinique buccale et péri-buccale, des laboratoires d'histologie, de radiographie, de prothèse, une bibliothèque, un musée, une salle d'attente pour les malades, des bureaux, un vestiaire, etc. Le laboratoire de prothèse compte 8 bancs pour 16 places ; chaque place dispose du gaz, de l'électricité, de l'air comprimé. Il est muni de petits et de grands fourneaux pour la porcelaine, de presses, pinces, tours électriques, vulcanisateurs, fourneaux, moufles, etc., en un mot de tous les appareils et instruments nécessaires.

Des lettres et télégrammes de félicitations ont été envoyés de divers pays, des milieux stomatologiques surtout.

Cette création est due à la Fédération stomatologique italienne, et l'établissement a pour but entre autres de donner un enseignement complet aux docteurs en médecine et chirurgie désireux de se spécialiser en stomatologie.

Bien que ce soit là une création stomatologique aussi bien par l'origine que par le nom et la destination, nous n'en constatons pas moins avec plaisir que le côté technique, dentaire et prothétique, n'a pas été négligé et que la partie mécanique de notre art, dont les stomatologistes feignent de ne pas se soucier, a été dans cette occurrence l'objet de toute leur sollicitude, à tel point que l'on peut dire que cet Institut stomatologique est en réalité une école dentaire.

HYGIÈNE

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Politique sanitaire et devoir social.

M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, communique à l'Académie une très intéressante étude sur « la Politique sanitaire et le devoir social ».

L'auteur estime « qu'à aucun moment les médecins, experts en l'art de guérir, les hygiénistes, de plus en plus aptes à prévenir les maladies, n'ont eu besoin de stimulant et de l'espoir d'un gain de population pour se vouer obstinément et passionnément à la bataille contre les fléaux et contre les épidémies, mais il a fallu pour éclairer leur marche et mieux armer leurs bras, la révolution pastorienne »... « En même temps que s'édifiait sur des bases scientifiques la doctrine de la solidarité sanitaire, locale, nationale, mondiale, la notion des maux évitables s'est fortifiée et agrandie. En outre de l'intimité des rapports du physique et du moral, de la connexité des phénomènes biologiques et sociologiques, les économistes et les hygiénistes, les éducateurs et les philanthropes ont aperçu la convergence et pour ainsi dire la communauté de leurs efforts. Une observation s'est dégagée, une idée s'est répandue à travers les milieux les plus divers, c'est qu'il ne doit pas y avoir de cloisons étanches entre les œuvres et les institutions les plus variées, les plus dissemblables, lorsque les unes et les autres concourent à la sauvegarde de la santé humaine et à l'amélioration sociale ».

M. Paul Strauss trace alors des grandes lignes de cette entente, il en précise le sens et la portée : l'union des œuvres d'assistance, d'hygiène, l'union des efforts de l'Etat et de l'initiative privée peut seule donner ce maximum d'effet utile que réclament impérieusement les désirs du mieux social qui caractérisent notre démocratie.

Tour à tour il signale les défectuosités de notre outillage sanitaire, l'utile création des casiers sanitaires, les imperfections de la loi de 1902 et la nécessité d'une loi sur l'expropriation pour cause d'insalubrité : « L'élaboration d'une loi sur l'expropriation pour cause de santé publique, équitable, respectueuse du droit de propriété, protectrice des communes, est la préface indispensable de toute politique sanitaire digne de ce nom, largement conçue, fortement réalisée... »

Puis il insiste sur les liens qui rattachent les questions d'assistance et d'hygiène : « La lutte contre la mortalité infantile met plus particulièrement en relief, comme le combat contre la tuberculose, cette

entente nécessaire ; elle ne peut être efficacement poursuivie que par l'intime association des forces sanitaires et bienfaisantes. »

L'orateur conclut :

« Peu à peu, dans notre civilisation contemporaine, une sociologie nouvelle s'élabore ; elle enseigne l'obéissance aux lois de la solidarité sanitaire et économique ; elle nous achemine sûrement, avec trop de lenteur hélas ! vers une ère de bonté et de prévoyance dont l'hygiène sociale, élevée à la hauteur d'un art de gouvernement, prépare l'avènement pour le plus grand honneur de la science et le plus grand profit de la patrie et de l'humanité. »

(*Le Temps*, du 3 février 1909.)

BIBLIOGRAPHIE

Le journal dentaire belge.

C'est avec le plus grand plaisir que nous saluons l'apparition d'un nouveau journal, *Le journal dentaire belge*, fondé par la Fédération dentaire nationale de Belgique.

C'est un nouveau et très important pas en avant de nos confrères belges, auquel nous ne pouvons rester indifférents. La F. D. N. belge, on s'en souvient, s'est créée l'année dernière à l'occasion de la réunion de la F. D. I., établissant ainsi un lien entre toutes les sociétés dentaires belges, divisées jusqu'alors. Le nouveau journal rendra encore plus étroite l'union réalisée et mettra entre les mains des Odontologistes de Belgique un organe d'émancipation et de progrès qui leur facilitera la lutte contre ces éléments stomatologistes qui, ainsi qu'ils le disent si bien, « entrés les derniers dans la maison, voudraient, sans autre forme de procès, expulser et exproprier les premiers et légitimes occupants ».

Nos meilleurs souhaits à notre nouveau confrère et nos félicitations à la F. D. N. belge pour cette création qui lui fait honneur.

M. R.

Anomalias de la oclusion dentaria y ortodoncia.

Par Luis Subirana Matas.

La littérature dentaire espagnole s'est enrichie d'une nouvelle publication (anomalies de l'occlusion dentaire et orthodontie), due à notre confrère M. Louis Subirana de Madrid. Cet ouvrage de 392 pages, et qui est édité avec grand soin, constitue un traité bien

complet de la question. Divisé en deux parties, la première consacrée aux anomalies d'occlusion, la seconde à l'orthodontie, il est subdivisé en 22 chapitres, précédés d'une préface et d'une introduction et terminés par un épilogue.

L'auteur étudie successivement la beauté du visage, le rôle de l'orthodontiste, l'occlusion normale, la nomenclature topographique dentaire, l'organographie odonto-maxillaire, la cynématique physio-dentaire, l'étiologie, l'âge dans les redressements, chapitre dont l'auteur a bien voulu nous communiquer les bonnes pages et que nous reproduisons p. 164, le prognathisme, la systole, la diastole, la classification, le téradontographe qu'il a exposé à la session de Bruxelles de la F. D. I. et dont nous avons entretenu nos lecteurs (n° du 15 septembre, p. 198), l'extraction dans le redressement, les éléments mécaniques de l'orthodontie, les points d'appui, la construction, la correction orthodontique, la correction chirurgicale et la rétention.

Cet ouvrage, qui ne compte pas moins de 427 gravures finement exécutées, fait le plus grand honneur à M. Subirana, que nous félicitons pour cet important travail.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort à l'âge de 70 ans de M. Augustin Mellottée, imprimeur-éditeur, à Châteauroux, propriétaire des Établissements Hippiques de Bonnavois, qui imprime *L'Odontologie* depuis de longues années. Nous adressons à sa veuve, à M. Mellottée fils, qui continue de rester à la tête de la maison, et à toute sa famille nos bien vives condoléances.

Nous avons aussi le regret d'apprendre la mort à l'âge de 82 ans de M. Eugène Quincerot, père de notre confrère M. Quincerot, membre de l'Association générale des dentistes de France.

* * *

M. Rebel, père de notre confrère M. Félix Rebel, membre de l'Association générale des dentistes de France et démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient également de mourir à l'âge de 58 ans.

Nous envoyons à nos confrères l'expression de nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Mariage.

Nous apprenons le mariage de Mlle Jeanne Quénu, fille de M. le Dr E. Quénu, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, ancien directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, avec M. Pierre Mocquot, prosecteur à la Faculté de médecine.

Nous adressons nos félicitations aux nouveaux époux.

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir la nomination de notre confrère Camille Wahl, D. E. D. P., D. F. M. P., membre de l'Association générale des dentistes de France, comme chirurgien-dentiste de la Chambre syndicale des employés de banque et de bourse.

Légion d'honneur.

Nous relevons, parmi les nominations de la Légion d'honneur, celle de M. Rodier, médecin-dentiste.

Le Comité de l'A.

L'Association générale des Etudiants a procédé à l'élection de son comité. Ont été élus pour les Ecoles dentaires, MM. Barrieu et Crabouillet.

Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F.

Le Conseil du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris se réunira le 16 février pour examiner les modifications qu'il y a lieu d'apporter au programme d'enseignement de l'Ecole par suite du décret du 11 janvier dernier.

Le Conseil de direction de l'A. G. D. F. se réunira le 20 février pour procéder à l'élection de son Bureau.

Le Conseil général du Groupement se réunira le même jour pour nommer son Bureau, la Commission exécutive et le Comité de rédaction de l'Odontologie.

Erratum.

Une erreur d'impression s'est glissée dans le palmarès que nous avons publié dans notre numéro du 30 décembre dernier p. 567 : pour le Dr Lindenberg, lire 245 1/2, *au lieu de* 254 1/2.

Exposition Internationale de l'Est de la France.

Une Exposition Internationale de l'est de la France organisée par la Municipalité avec le concours de la Chambre de Commerce et le Patronage officiel du Groupement, aura lieu à Nancy, de mai à novembre 1909.

Le Groupement réunira entre autres les industries suivantes :

Classe 15. — *Instruments de chirurgie et de médecine ;*

Classe 42. — *Produits chimiques ;*

Classe 45. — *Arts pharmaceutiques et parfumerie ;*

Classe 69. — *Hygiène.*

La Galerie affectée au Groupement ci-dessus est située, dans la Galerie centrale, à gauche de la salle des fêtes.

Un Congrès intéressant une des branches ci-dessus (le Congrès de pharmacie) aura lieu à Nancy pendant la durée de l'Exposition.

M. Arth, directeur de l'Institut chimique, est président de la classe 42.

M. Godfrin, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, à Nancy, est président de la classe 45, et M. Lafontaine, ancien pharmacien, est secrétaire de la classe 45.

M. le Dr Macé, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, président de l' « Œuvre du Bon Lait », est président de la classe 69.

GROUPEMENT

de l'École dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France.

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

N° 205. — Jeune homme, 15 ans, bonne famille, recommandé par membre de l'Association, demande place chez dentiste, Paris.

N° 207. — Cabinet à céder à Nice, 25.000 francs.

Nota. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

29e ANNÉE. N° 4 28 FÉVRIER 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAI D'UNIFICATION DE LA TERMINOLOGIE ET DES DIVERSES CLASSIFICATIONS EN ORTHODONTIE

(Suite [1].)

Par GEORGES VILLAIN, D. E. D. P., D. D. S.,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Malocclusions des arcades.

Les arcades sont en malocclusion lorsque leurs rapports d'occlusion ne sont pas normaux.

Il est nécessaire de rappeler que nous considérons :

1° Les rapports des maxillaires avec les autres parties de la face ;

2° Les rapports des arcades avec les maxillaires ;

3° Les rapports des arcades entre elles ;

4° Les rapports des dents entre elles et avec l'arcade.

Donc dans cette classe : malocclusions des arcades, ce sont les rapports des faces occlusales des dents composant les arcades qui sont anormaux, ce sont les arcades coronaires seules que nous considérons, les arcades radiculaires pouvant être considérées comme normales dans leurs rapports avec les maxillaires ; en conséquence, il est bien entendu que les arcades doivent être considérées dans leurs rapports coronaires et radiculaires ; les anomalies des rapports coronaires font partie de l'orthodontie, les anomalies des rapports radicu-

1. Voir *L'Odontologie* du 15 janvier 1909.

laires font au contraire partie de l'orthopédie dento-faciale.

Cela exposé, nous ne pouvons mieux faire que d'adopter la forme de la classification d'Angle pour ces malocclusions, classification basée sur les rapports mésio-distaux des arcades. Nous devons cependant ne pas nous arrêter seulement aux rapports mésio-distaux, il y a lieu de considérer également les rapports vestibulaires, linguaux et occlusaux ; aussi diviserons-nous les malocclusions des arcades comme celles des dents en trois groupes :

1° Malocclusions dues à des rapports mésio-distaux anormaux.
2° — — linguo-vestibulaires anormaux.
3° — — occlusaux anormaux.

Si nous adoptons pour ces malocclusions la forme de classification d'Angle, en la complétant, nous ne pouvons le suivre lorsqu'il prend comme base de diagnostic la première grosse molaire supérieure qu'il suppose toujours normalement placée, ce qui lui permet de dire que l'arcade inférieure est en occlusion distale à la normale (IIe classe d'Angle) ou mésiale à la normale (IIIe classe), la première grosse molaire supérieure étant susceptible d'occuper dans l'arcade une place anormale, soit mésialement, soit distalement.

Cette dent est peut-être moins souvent placée anormalement que son antagoniste (encore faudrait-il le prouver) ; mais il n'en est pas moins vrai qu'elle peut et qu'elle occupe dans certains cas un siège autre que celui que nous considérons comme normal et que, par conséquent, nous ne pouvons le choisir comme base de classification.

Angle détermine ainsi ses classes :

Classe Ire. — Les rapports mésio-distaux des arcades sont normaux.

Classe II. — L'arcade inférieure est en relation distale à la normale dans ses rapports avec l'arcade supérieure.

Classe III. — L'arcade inférieure est en relation mésiale à la normale dans ses rapports avec l'arcade supérieure.



Fig. 1. — Malocclusion mésiale simple de l'arcade supérieure.

Fig. 2. — Malocclusion mésiale simple de l'arcade inférieure.

Fig. 3. — Malocclusion mésiale simple de l'arcade supérieure unilatérale.

Fig. 3 A. Côté gauche de l'arcade supérieure en malocclusion mésiale. — Fig. 3 B. Côté droit du même modèle, normal. — Fig. 3 C. Profil montrant la correction des lignes faciales de cette malade, qui présente une malocclusion mésiale supérieure simple.

Ces anomalies forment la 1re subdivision de la 1re division du 1er groupe, classe III.

Il semble donc supposer dans chacun des cas que l'arcade supérieure ou tout au moins les premières molaires supérieures (base de diagnostic) sont en position normale ; or, ceci est faux dans bien des cas.

En effet si l'on examine la figure 1 que je détermine malocclusion mésiale de l'arcade supérieure, on remarquera que l'arcade inférieure est normale, que les incisives supérieures sont normales dans leur direction, mais que la première grosse molaire supérieure s'articule sur la deuxième prémolaire et la première grosse molaire inférieure ; il est évident dans ce cas que c'est cette molaire supérieure qui est en relation mésiale avec ses antagonistes et qu'ainsi elle ne laissa pas l'espace suffisant pour permettre aux deuxièmes prémolaires supérieures et à la canine de faire leur éruption dans une position normale : il en est résulté une arcade en forme de selle, la deuxième prémolaire supérieure étant en rétroversion ou occlusion linguale et la canine en antéversion.

Si au contraire nous trouvions les incisives supérieures présentant de la rétroversion coronaire et la première molaire inférieure en occlusion avec la deuxième prémolaire et première grosse molaire supérieure (fig. 6^A et 6^B), je n'hésiterais pas à dire que c'est l'arcade inférieure qui est en rapport distal ; je ne puis en ce cas diagnostiquer malocclusion mésiale supérieure, car je ne saurais envisager ainsi la position des dents antérieures de l'arcade pathologique s'il n'y a pas également rétroversion coronaire des dents antérieures de l'arcade antagoniste (ce qui peut se présenter, voir fig. 5^A, 5^B et 5^C).

La classification d'Angle peut nous mener à des erreurs ayant pour origine la base de diagnostic de cette classification : la dent de six ans supérieure supposée normale dans son siège, ce qui nous fait prendre pour une malocclusion distale de l'arcade inférieure une malocclusion mésiale de l'arcade supérieure et réciproquement. Lorsqu'il y a malocclusion distale de l'arcade inférieure, les dents antérieures supérieures peuvent présenter de la rétroversion coronaire, mais lorsque c'est l'arcade supérieure qui est en malocclu-

sion mésiale, il ne peut pas y avoir rétroversion coronaire des dents antérieures *si l'arcade et le maxillaire inférieurs sont normaux dans leurs rapports entre eux et la face.* Je sais parfaitement que le diagnostic de ces anomalies d'occlusion est délicat, mais nous devons compléter notre enseignement d'une étude approfondie du profil et en ce cas faire preuve de goût artistique et de savoir en esthétique faciale.

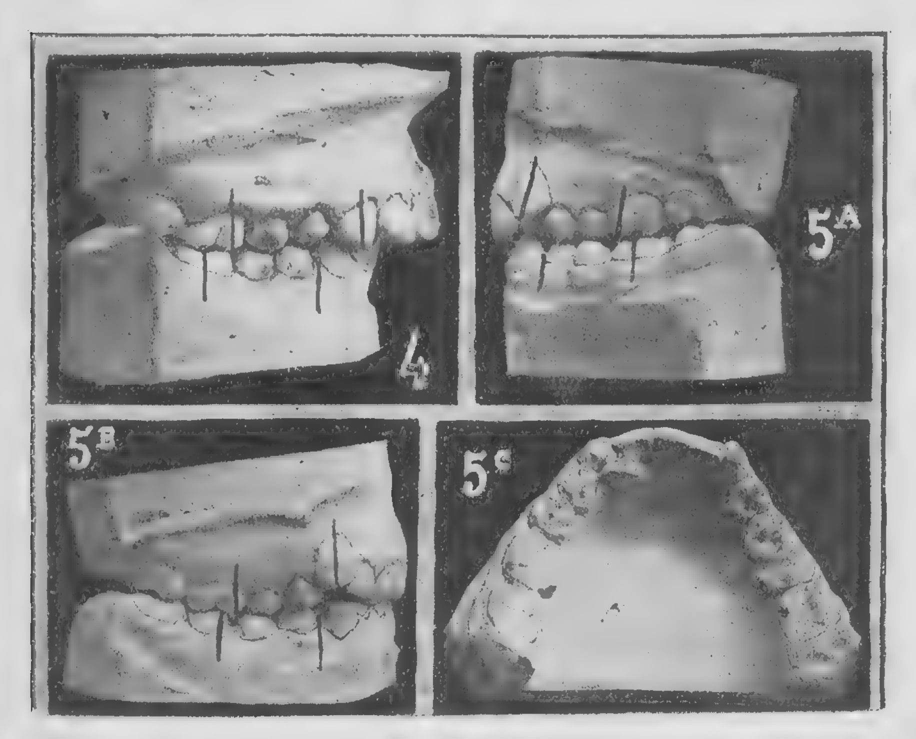


Fig. 4. — Malocclusion mésiale de l'arcade supérieure en mésio-antéversion. 2e subdivision de la 1re division du 1er groupe, classe III.

Fig. 5. — Malocclusion mésiale supérieure, compliquée d'une rétroversion coronaire des incisives, due à l'anomalie de l'arcade inférieure qui présente : 1° rétroversion des incisives, canine et prémolaire sur le côté droit, due à la perte d'une grosse portion de la 1re molaire par carie (fig. 5 B et 5 C) ; 2° une anomalie de siège, rétrusion, de l'incisive latérale gauche (fig. 5 C).

1° Malocclusions des arcades dues a des rapports mésio-distaux anormaux.

Ce groupe de malocclusions comprend trois divisions :

A. Malocclusions mésiales.

B. Malocclusions distales.

C. — mésio-distales simultanées.

A. Malocclusions mésiales. — *Une arcade est en malocclusion mésiale lorsqu'elle occupe une position mésiale à la normale par rapport à l'arcade antagoniste* (l'arcade antagoniste prise comme base de comparaison étant en rapport normal avec le maxillaire).

La malocclusion peut être bilatérale ou unilatérale, elle peut également être simple, ou avoir déterminé de l'antéversion coronaire des dents antérieures.

Nous divisons donc les malocclusions mésiales en :

a) *Malocclusion mésiale simple*, les incisives étant en rapports normaux avec leurs antagonistes, les molaires et prémolaires en rapports mésiaux (ces cas présentent toujours une anomalie de siège des canines ou prémolaires, fig. 1 et 2).

La malocclusion peut être bilatérale ou unilatérale (fig. 3).

b) *Malocclusion mésiale en mésio-antéversion* lorsque les dents antérieures sont en antéversion, tandis que les dents postérieures sont en rapports mésiaux avec leurs antagonistes (respirateurs buccaux, fig. 4).

B. Malocclusions distales. — *Une arcade est en malocclusion distale lorsqu'elle occupe une position distale à la normale par rapport à l'arcade antagoniste.*

a) *La malocclusion distale* est *simple* lorsque les dents antérieures occupent leur position normale par rapport à leurs antagonistes, les dents postérieures étant en rapports distaux ; elle peut être bilatérale ou unilatérale.

Il y a diastase au niveau des canines ou prémolaires.

b) *La malocclusion distale* est en *disto-rétroversion* lorsque les dents antérieures sont en rétroversion, tandis que les dents postérieures sont en rapports distaux avec leurs antagonistes (fig. 6 et 8).

Elle peut être bilatérale ou unilatérale (fig. 7 A et 7 B).

Les malocclusions mésiales et distales peuvent se présenter simultanément sur une même arcade qui peut être en rapport mésial d'un côté, distal de l'autre avec son anta-

goniste. Nous avons envisagé la malocclusion mésiale ou distale d'une arcade, l'autre étant normale ; il peut se faire cependant, et c'est souvent le cas, que, les deux arcades radiculaires étant en rapports normaux avec les maxillaires, les arcades coronaires soient en rapports anormaux entre elles,

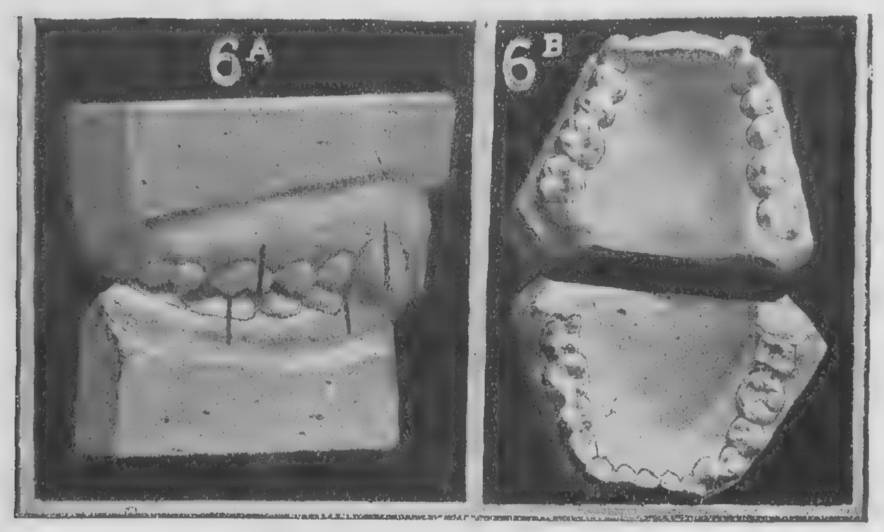


Fig. 6. — Malocclusion distale de l'arcade inférieure en disto-rétroversion. (L'arcade supérieure présente de la rétroversion coronaire des incisives, consécutive à la disto-rétroversion inférieure.)

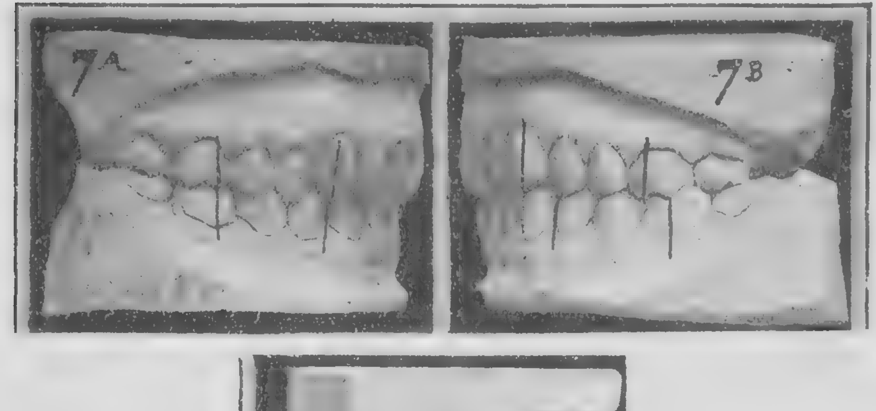
l'une étant mésiale, l'autre distale, et force nous est de faire une troisième division comprenant ces anomalies mésio-distales simultanées d'une ou des deux arcades coronaires ; cette division s'appellera :

C. Malocclusions mésio-distales simultanées. — Elle se divise en :

a) *Malocclusion mésio-distale simultanée d'une même arcade lorsqu'une arcade est en relation mésiale à la normale d'un côté, tandis que de l'autre elle est en relation distale à la normale par rapport à l'arcade antagoniste normale.*

b) *Malocclusion mésio-distale simultanée des deux arcades lorsqu'une des arcades est en relation mésiale à la normale avec l'arcade opposée, laquelle est en position distale à la normale* (l'arcade radiculaire pouvant

être considérée comme normale dans ses rapports avec le maxillaire). Dans ce cas les dents antérieures peuvent présenter des anomalies de direction opposée à celle des molaires ; exemple : l'arcade inférieure étant en malocclusion



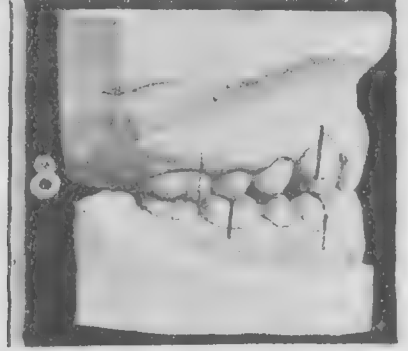


Fig. 7. — Malocclusion distale unilatérale de l'arcade inférieure. (L'arcade supérieure présente de la rétroversion coronaire des incisives.)

Fig. 8. — Malocclusion distale de l'arcade supérieure en disto-rétroversion. (L'arcade inférieure est normale. Cette malocclusion distale supérieure ne doit pas être confondue avec la malocclusion mésiale inférieure, fig. 2 ; la position des lèvres doit nous guider.)

Les anomalies des fig. 6, 7, 8, forment la 2e subdivision de la 2e division du 1er groupe, classe III.

distale, tandis que l'arcade supérieure est en malocclusion mésiale, les dents antérieures supérieures pourront présenter de la rétroversion et nous pouvons dire qu'il y a *mésio-rétroversion* et réciproquement il peut y avoir *disto-antéversion.*

Nous pouvons en outre rencontrer, comme dans la division précédente, de la mésio-antéversion (respirateurs buc-

caux) et de la disto-rétroversion ; les deux cas se présentent simultanément chez les suceurs (pouce, lèvre, porte-plume).

Nous ne trouverons jamais dans ces trois divisions de malocclusion, de protrusion ni de rétrusion des dents antérieures, car, lorsque la protrusion ou la rétrusion sont accompagnées de malocclusion mésiale ou distale des molaires, nous avons à traiter une anomalie de rapport des arcades radiculaires avec les maxillaires, anomalie qui trouvera sa place dans la première classe, deuxième division, de l'orthopédie dento-faciale, la malocclusion étant en ce cas simplement la conséquence de l'anomalie de rapport des arcades avec les maxillaires, tandis que, dans les malocclusions proprement dites, l'anomalie est due aux rapports anormaux des arcades coronaires entre elles, l'antéversion ou la rétroversion devenant une complication consécutive à cette anomalie.

2° MALOCCLUSIONS DUES A DES RAPPORTS LINGUO-VESTIBULAIRES ANORMAUX DES ARCADES. — Ces malocclusions sont formées par l'engrènement anormal des molaires dont les cuspides vestibulaires et linguaux ne sont pas en relations normales avec les cuspides correspondants des dents antagonistes.

Ces malocclusions se divisent en :

A. MALOCCLUSION VESTIBULAIRE. — *Lorsque les cuspides n'occupant pas leur position normale dans le sillon intercuspide des antagonistes se trouvent en dehors de l'arcade par rapport à leur position normale* (fig. 9 et 12).

B. MALOCCLUSIONS LINGUALES. — *Lorsque les cuspides n'occupant leur position normale dans le sillon intercuspide des antagonistes se trouvent en dedans de l'arcade par rapport à leur position normale* (fig. 10).

Ces anomalies peuvent se présenter sur un seul côté de l'arcade (fig. 11) ou sur les deux (fig. 9 et 10) ; elles peuvent se présenter simultanément et inversement sur les deux arcades, l'une étant en malocclusion vestibulaire, l'autre linguale.

Elles peuvent être simultanées sur une même arcade, un côté de l'arcade étant en malocclusion linguale, l'autre côté en malocclusion vestibulaire.

Ces anomalies, lorsqu'elles sont bilatérales, sont généralement dues à des anomalies de forme des arcades : expansion, occlusion vestibulaire, contraction, occlusion linguale,

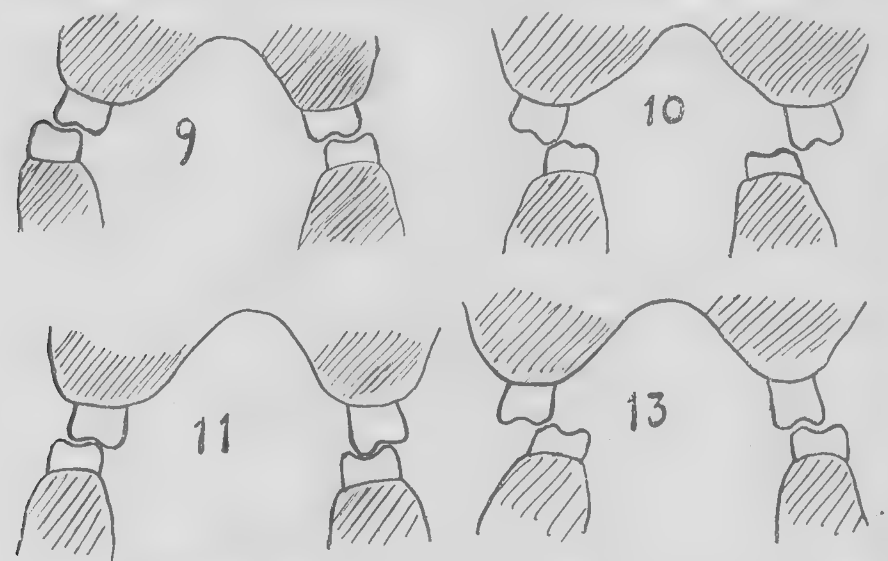


Fig. 9. — Représente schématiquement la malocclusion vestibulaire bilatérale de l'arcade inférieure.

Fig. 10. — Représente schématiquement la malocclusion linguale bilatérale de l'arcade inférieure.
Classe III, groupe 2, division 2, subdivision 1.

Fig. 11. — Représente schématiquement la malocclusion vestibulaire unilatérale de l'arcade inférieure.
Classe III, groupe 2, division 1, subdivision 1.

Fig. 13. — Représente schématiquement la malocclusion vestibulo-linguale simultanée d'une même arcade (l'inférieure).
Classe III, groupe 2, division 3, subdivision 1.

et la malocclusion devient la conséquence de l'anomalie de forme de l'arcade. Quelquefois cependant l'expansion ou la contraction de l'arcade sont dues à la malocclusion vestibulaire ou linguale, c'est pourquoi j'ai cru devoir classer ces anomalies dans les malocclusions.

Les malocclusions vestibulo-linguales se divisent donc en :

a) Malocclusion vestibulaire bilatérale.
b) — — unilatérale.

a) Malocclusion linguale bilatérale.
b) — — unilatérale.

Mais elles peuvent être simultanées sur une même arcade ou sur les deux et nous divisons ce groupe en une troisième classe :

C. MALOCCLUSION LINGUO-VESTIBULAIRE SIMULTANÉE qui comprendra :

A. *Malocclusion linguo-vestibulaire simultanée d'une même arcade formée par une malocclusion vestibulaire d'un côté de l'arcade, tandis que cette même*

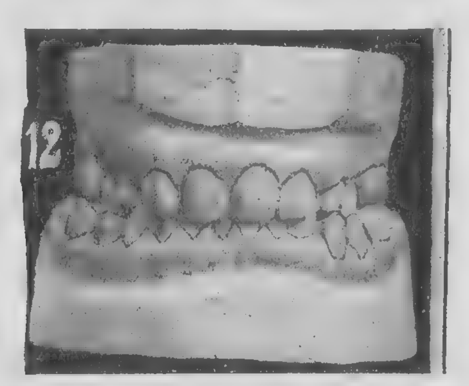


Fig. 12. — Représente les modèles d'une bouche présentant la malocclusion figurée dans la figure 9.
Classe III, groupe 2, division 1, subdivision 1.

arcade est en malocclusion linguale de l'autre côté, par rapport à l'arcade antagoniste normale (fig. 13).

B. *Malocclusion linguo-vestibulaire simultanée des deux arcades formée par une malocclusion vestibulaire d'une arcade, tandis que l'autre est en malocclusion linguale* (fig. 14^A et 14^B).

3° MALOCCLUSIONS DUES A DES RAPPORTS ANORMAUX DES SURFACES OCCLUSALES. — *On appelle malocclusions occlusales les relations anormales des surfaces occlusales des dents dans leurs rapports de hauteur.*

Ce sont les anomalies d'occlusion que l'on appelle en France l'élongation et la béance, ce sont les « close bite » et « open bite » des Américains.

J'ai indiqué, en parlant des anomalies d'occlusion des

dents, les raisons pour lesquelles je rejetais les termes français et ceux de Case et acceptais au contraire les termes employés par Angle, à savoir : supra-occlusion et infra-occlusion. Ces termes, parfaits pour indiquer la malocclusion d'une dent, ne peuvent être appropriés aux anomalies d'occlusion dans les rapports de hauteur des arcades. Dans ce cas nous avons un manque de rapport presque total des arcades, deux ou quatre dents forment l'occlusion (béance), ou bien nous avons un recouvrement



Fig. 14 A et 14 B. — Représentent les modèles d'une malocclusion simultanée des 2 arcades : l'arcade inférieure est en malocclusion linguale, tandis que l'arcade supérieure est en malocclusion vestibulaire.
Classe III, groupe 2, division 3, subdivision 2.

anormal de toutes les dents antérieures d'une arcade par celles de l'autre, les dents postérieures n'ayant pas subi une marche ascendante ou descendante suffisante (élongation d'incisives).

Dans le premier cas il y a donc manque d'occlusion et je dirai : *inocclusion.*

Dans le second cas il y a trop d'occlusion et je dirai : *surocclusion.*

Les malocclusions occlusiales se diviseront en :

A. Inocclusion, *qui est le manque total de rapport d'un groupe de dents avec leurs antagonistes.*

L'inocclusion peut être partielle ou totale ; elle est

partielle lorsque certaines dents sont en rapports d'occlusion normaux (les molaires par exemple), tandis que les autres dents antagonistes gardent un espace entre elles (béance, open bite) (fig. 16 et 16[A]).

L'inocclusion est totale lorsque les lèvres étant en contact, à l'état de repos, la physionomie normale, les deux arcades manquent de rapport, aucune dent ne venant au contact de ses antagonistes (articulation basse, short bite) (fig. 15[A] et 15[B]).

B. SUROCCLUSION, *qui est l'exagération de recouvrement d'un groupe de dents d'une arcade par un antagoniste.*

La surocclusion peut être partielle ou totale, *elle est partielle lorsque certaines dents sont en rapports normaux avec leurs antagonistes, tandis que les autres dents, ayant subi une marche ascendante ou descendante exagérée, recouvrent trop la surface occlusale de leurs antagonistes* (articulation longue, close bite) (fig. 17).

La surocclusion est totale lorsque, les dents se trouvant en contact, le malade ne peut fermer les lèvres normalement; la hauteur des dents semble trop longue (articulation haute, long bite) (fig. 18).

Dans certains cas il peut y avoir inocclusion d'un groupe de dents d'une arcade (les molaires par exemple) et surocclusion de l'autre groupe de dents de la même arcade (les incisives) ; ou bien, inocclusion des dents ou d'un groupe de dents d'une arcade et par compensation surocclusion des dents antagonistes de l'autre arcade.

Nous ajouterons donc à ce groupe une troisième division que nous appellerons INOCCLUSION ET SUROCCLUSION SIMULTANÉES, divisée en :

Inocclusion et surocclusion simultanées des dents d'une même arcade (fig. 19).

Inocclusion et surocclusion simultanées des deux arcades (fig. 20).

Les anomalies de cette troisième classe de l'orthodontie



Fig. 16 A.

Fig. 15 A. — Représente une malade dont le maxillaire inférieur est en rapport normal avec le maxillaire supérieur ; aucune des dents d'une arcade n'est en contact avec son ou ses antagonistes.

Fig. 15 B. — Représente la même malade, les arcades étant à l'état d'occlusion, son profil est anormal.

(Outre cette anomalie de rapports de hauteur, une disto-rétroversion bi-arcade.)
Classe III, groupe 3, division 1, subdivision 2.

Fig. 16. — Représente une inocclusion partielle ; les incisives, canines et 1re prémolaires présentent de l'inocclusion (béance).

Fig. 16 A. — Montre le résultat de l'inocclusion partielle sur le facies.
Classe III, groupe 3, division 1, subdivision 1.

Fig. 17. — Surocclusion partielle, les incisives sont en surocclusion.
Classe III, groupe 3, division 2, subdivision 1.

Fig. 18. — Surocclusion totale, le malade fait un effort pour clore ses lèvres.
Classe III, groupe 3, division 2, subdivision 1.

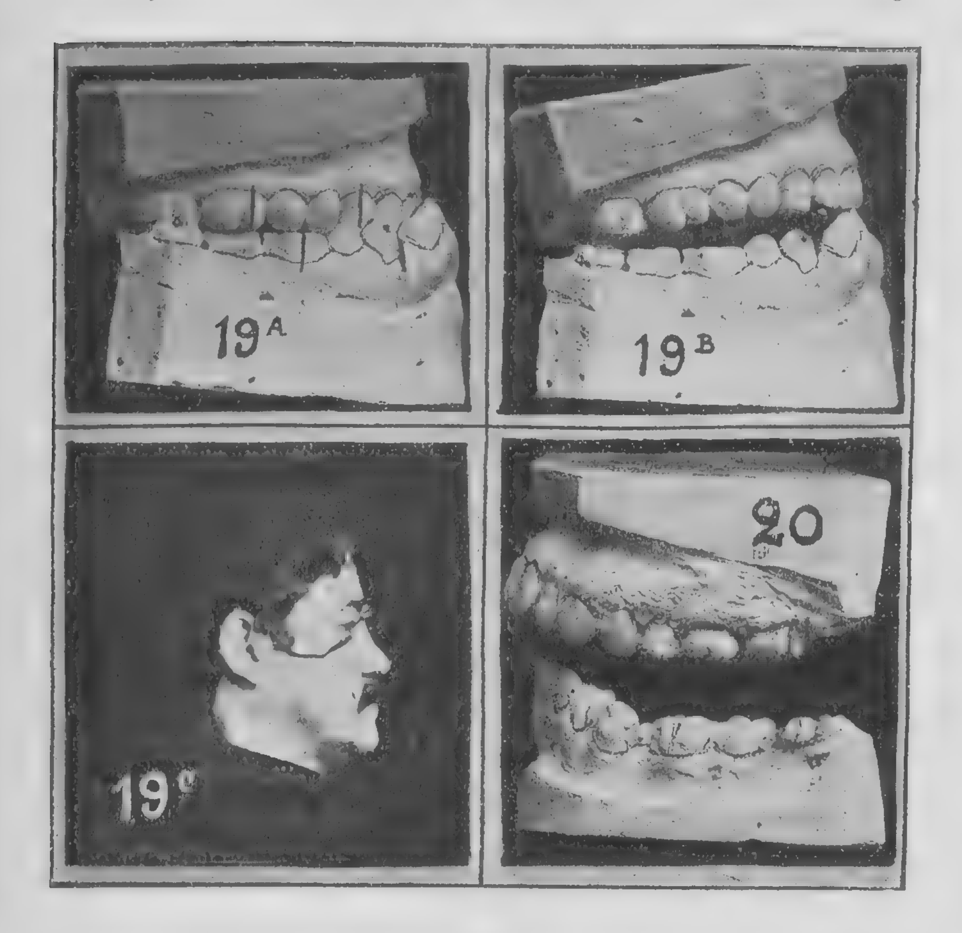


Fig. 19. — Représente un cas d'inocclusion et de surocclusion simultanées d'une même arcade.

Classe III, groupe 3, division 3, subdivision 1.

La fig. 19B montre le rapport des arcades lorsque le malade maintient ses maxillaires en rapports normaux, les lèvres étant closes; on remarquera qu'il y a inocclusion des molaires inférieures et surocclusion des incisives de la même arcade, lorsque le malade désire placer ses arcades en occlusion, la malocclusion des incisives inférieures l'en empêche et il porte son maxillaire inférieur en avant dans un mouvement de propulsion (fig. 19A), le malade semble alors présenter du prognathisme inférieur (fig. 19C), ce n'est qu'une propulsion du maxillaire inférieur dont le condyle n'occupe plus à ce moment sa position normale dans la fosse glénoïde. On peut très bien se rendre compte du mouvement de ce maxillaire sur la fig. 19C où l'on remarquera le déplacement en avant de l'angle du maxillaire.

Fig. 20. — Anomalie d'inocclusion et surocclusion simultanées des deux arcades, inocclusion des incisives supérieures, surocclusion des incisives inférieures.

Classe III, groupe 3, division 3, subdivision 2.

étant des anomalies de rapports coronaires, les mouvements à employer seront des mouvements d'inclinaison pour la correction des anomalies des deux premiers groupes, et des mouvements d'extrusion ou d'intrusion pour le troisième groupe. Cette classe nécessite souvent l'emploi d'appareils prenant point d'appui sur un maxillaire pour corriger les anomalies de l'autre, ou pour les corriger simultanément; les appareils employés sont intra-buccaux (pour la correction de la surocclusion ils devront quelquefois être extra-buccaux) et les forces employées sont inter-maxillaires pour les premiers et troisièmes groupes toujours, quelquefois pour le deuxième groupe.

Contrairement à C. Case, je n'ai pas cru devoir faire une classe spéciale des anomalies de siège des canines, ces anomalies étant presque toujours liées à des anomalies d'occlusion. La canine, par son éruption tardive, après celle de ses deux voisines incisives latérales et première prémolaire, ne trouve souvent pas la place qui lui est nécessaire, elle est alors deviée soit le plus souvent vestibulairement, soit lingualement. Nous trouvons toujours cette anomalie de siège lorsque l'arcade est en occlusion mésiale simple; il est donc inutile de classer à part une anomalie qui n'est que la conséquence d'une autre déjà classée.

(A suivre.)

LE FLUORURE DE CALCIUM EN THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE

Par J. MIRAN,
Chirurgien-dentiste à Tours.

Nous savons que la dent humaine est composée, non seulement, de matières organiques, mais qu'elle contient encore des éléments inorganiques ; c'est-à-dire des éléments calcaires. Ces derniers constituent la partie la plus résistante de la dent.

En effet, si dans une dent, l'élément organique prédomine, cette dent sera particulièrement prédisposée à la carie.

Si au contraire, l'élément calcaire prédomine, la dent sera moins vulnérable et par conséquent elle aura beaucoup moins de chances de se carier.

A quoi attribuer cette trop grande prédisposition à la carie qu'ont certaines dents, si ce n'est à leur pauvreté en éléments minéraux. Et cette pauvreté minérale des dents se fait sous l'influence de deux sortes de causes : causes physiologiques et causes pathologiques.

Chez la femme, la grossesse et l'allaitement ont malheureusement pour effet d'enlever aux systèmes osseux, nerveux et dentaire une bonne partie de leurs éléments minéraux. Ces deux causes placent la femme, au point de vue résistance des dents, au-dessous de l'homme. En effet, chez bon nombre de femmes, chaque grossesse produit un véritable cataclysme dans leur système dentaire.

Nous savons que c'est la mère qui, par sa circulation placentaire, fournit au fœtus les matériaux de nutrition nécessaires à la formation de ses différents organes en général et de ses systèmes osseux et dentaire, en particulier ; ce qui, nécessairement, enlève à la mère une certaine quantité d'éléments minéraux.

Le fœtus devenu nouveau-né continue, par son allaitement, à déminéraliser sa mère. Ces deux états physiologi-

ques de la mère produisent fatalement chez elle, une certaine déchéance générale. Et pour ne retenir que ce qui nous touche particulièrement, cette déchéance se traduira du côté des dents par l'apparition de nombreuses caries et surtout des caries à marche très rapide.

Pourquoi cette apparition brusque de caries ?... parce que le système dentaire a subi, par le fait même, une perte sensible d'éléments calcaires.

Il est certaines conditions particulières de la vie qui entrent également en jeu dans la décalcification dentaire. L'époque de la puberté pour les deux sexes qui correspond au moment où la croissance atteint son maximum et souvent pas poussées excessives, exigerait une provision de matériaux inorganiques que notre régime alimentaire habituel ne suffit pas toujours à assurer. Le surmenage imposé aux jeunes gens au moment des grands examens qui décideront de leur avenir, intervient encore vers la vingtième année ; de là les caries fréquentes que l'on observe à cette époque de la vie. Ces différentes circonstances de la vie concourent également à notre déminéralisation.

Les causes pathologiques embrassent en général, toutes les maladies capables de ralentir plus ou moins l'assimilation et de produire une désassimilation plus ou moins grande. Et en particulier, l'anémie à tous ses degrés, la tuberculose sous toutes ses formes et la syphilis (La trop grande facilité avec laquelle les syphilitiques font des fractures prouve combien la syphilis est déminéralisatrice). Maintenant, pouvons-nous lutter efficacement contre la déminéralisation ?... Le Dr Brissemoret a dit devant la Société de Thérapeutique qu'on pouvait suppléer à l'insuffisance minérale. En effet, le *Bulletin général de thérapeutique* du 30 juillet dernier reproduit la communication du Dr Brissemoret qui dit : « L'os humain frais contient de 29 à 57 o/o de son poids de matières minérales et, calciné, laisse un mélange où prédomine le phosphate tricalcique mêlé de phosphate de magnésie, de carbonate de chaux et de fluorure de calcium. Le fluorure de calcium possède un rôle

physiologique nettement déterminé. C'est un ciment précieux qui, en soudant les particules de carbonate et de phosphate de chaux et de magnésie dont le squelette des animaux est surtout formé, lui communique une solidité et une dureté qu'il n'aurait pas au même degré sans son intervention. C'est pour assurer la résistance de l'émail des dents à l'usure que la nature accumule les fluorures terreux autour de ces organes masticateurs. Notre organisme élimine chaque jour une quantité appréciable de fluorure de calcium (de 0 gr. 003 à 0 gr. 005) : l'homme puise ce sel qui lui est nécessaire surtout dans son eau de boisson ; si l'alimentation n'arrive pas à lui restituer ses pertes en fluor, des troubles dans la nutrition des os ne tardent pas à se produire ; c'est à la disparition du fluor de l'alimentation qu'il faut attribuer une des causes la plus importante probablement de la carie dentaire et des modifications qui s'opèrent chez ces individus « dont l'émail et l'ivoire dentaires sont friables, dont le système osseux est si peu dense qu'ils ne peuvent parfois plus entrer dans l'eau d'une baignoire sans surnager, dont la décalcification est évidente et la prédisposition à la tuberculose considérable » (Rénon). »

« J'ai eu l'occasion, poursuit le Dr Brissemoret, de prescrire le fluorure de calcium fréquemment contre la carie des dents ; chez un jeune homme que j'ai pu observer pendant plusieurs années et chez lequel l'attaque des dents par les divers agents de la carie se poursuivait régulièrement, j'ai pu, sous l'influence du fluorure de calcium administré pendant quinze jours par mois à la dose de cinq milligrammes par jour, observer après six mois de traitement une amélioration très nette. »

Le Dr Brissemoret prescrit le fluorure de calcium chez l'enfant pendant la croissance, chez l'adulte contre la carie dentaire, dans la tuberculose pour favoriser la reminéralisation de l'organisme, dans les fractures pour hâter la solidification du cal, chez la femme pendant la grossesse et l'allaitement, périodes pendant lesquelles son organisme s'appauvrit en fluor.

Et voici comment il formule le fluorure de calcium :

Soit en poudre, seul ou associé à quelques substances synergiques, à la dose de 1 à 10 milligrammes *pro die* :

Fluorure de calcium	0 gr. 075
Phosphate de potasse	3 —
Phosphate de soude	5 —
Phosphate de magnésie, Phosphate bicalcique	āā 10 —
Citrate de soude	15 —
Lactose q. s. pour	100 —

Une demi-cuillerée à café deux fois par jour au moment des repas.

Pour favoriser la formation du cal, à la suite de fractures, il fait utiliser la formule suivante :

Fluorure de calcium	0 gr. 05
Fluorure de magnésium	0 gr. 02
Bromure de calcium	2 gr. 50
Phosphate bicalcique, Carbonate de chaux	āā 5 gr.

A diviser en 20 paquets ; 2 par jour.

Puisque le fluorure de calcium a été déjà employé avec succès, pourquoi ne le prescririons-nous pas contre la déminéralisation dentaire. Pourquoi ne le prescririons-nous pas, pour répondre au légitime désir de certains malades qui nous disent : « Mais je suis continuellement chez le dentiste, je prends tous les soins possibles et imaginables et cela n'empêche pas que mes dents se carient et elles se carient avec une étonnante rapidité ; n'y a-t-il pas moyen de remédier à cet état de choses ? »

Nous ferions ainsi de la thérapeutique pathogénique qui est, en somme, en l'espèce, la meilleure ; attendu qu'elle s'attaque à la cause même de la maladie et la cause principale de la carie est la déminéralisation.

« L'avenir, dit Bouchard, *loc. cit.*, appartient à la thérapeutique pathogénique, dont les indications seront réalisées par la thérapeutique physiologique avec le contrôle de la thérapeutique statistique. »

ÉTUDE COMPLÉMENTAIRE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE

Par M. Prost-Maréchal,
Médecin-major de 1re classe,
Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

Considérations générales.

La circulaire du 10 octobre 1907 de M. le sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, prescrivant l'organisation des services dentaires dans l'armée, n'a pu, jusqu'à présent, que susciter des travaux variés sur la manière de comprendre cette organisation, faute de crédits prévus au budget de 1908. Rien, ou à peu près rien de définitif, n'a été organisé en dehors de la clinique d'instruction du Val-de-Grâce, dont l'installation se poursuit dans des conditions satisfaisantes, grâce à l'activité éclairée du professeur Sieur et du chef de la Clinique stomatologique, le médecin-major Monod.

L'initiative du service de santé n'a pu en effet, à ma connaissance, s'exercer ailleurs jusqu'à présent qu'en créant un embryon d'organisation à la Garde républicaine, à l'Ecole de gymnastique de Joinville-le-Pont et à l'Ecole de Saint-Cyr [1]. Les quelques installations dentaires régimentaires qui existent, notamment celle du 104e d'infanterie à Paris et celle du 79e à Nancy, ont été créées sans frais pour l'Etat; elles font honneur aux colonels et aux médecins de ces régiments, mais risquent, faute d'avoir des moyens de vitalité matérielle officiels, faute de rentrer dans le cadre de l'organisation future, de ne pouvoir survivre longtemps à leurs organisateurs [2].

Le Parlement vient de voter un crédit de 21.000 francs pour l'organisation des services dentaires de l'armée. C'est une somme bien insuffisante; mais pour donner une idée de

---

1. L'organisation du cabinet dentaire de l'école de Saint-Cyr remonte à une date plus ancienne.

2. Je néglige à dessein les installations dentaires faites par l'armée coloniale, sur lesquelles je ne suis pas renseigné et qui dépendent d'ailleurs du service de santé colonial.

la prudence avec laquelle sont votés des crédits destinés à un service nouveau, il suffit de rapprocher ces deux phrases que je lis dans le rapport sur le budget de la Guerre de M. le député Gervais, page 198 : « Les affections dentaires » entraînent annuellement l'hospitalisation de près de » 2.000 soldats avec 20.000 journées de traitement. » Plus loin, page 437, après avoir réduit de 20.000 fr. le chiffre de 41.000 fr. proposé cette année par le Ministère de la Guerre, le rapporteur écrit : « La Commission a estimé que là, en- » core, il convenait de procéder par étapes, et après que les » expériences auraient démontré le bénéfice que l'on peut » retirer de ces innovations. » Déjà d'ailleurs, le chiffre proposé pour le service de santé avait été réduit par le service du contrôle avant d'arriver à la commission du budget. Voilà qui démontre, dès le début, la difficulté qu'on éprouvera pour obtenir l'argent nécessaire à cette organisation nouvelle, pourtant d'une si haute portée hygiénique !

Dans ces conditions il m'a semblé qu'il n'était point superflu, ni indiscret de ma part de revenir encore sur l'examen de cette organisation, pour laquelle rien d'officiel n'a encore paru. J'ai cherché à tirer des études livrées à la publicité depuis l'apparition de la circulaire du 10 octobre 1907 et des conversations échangées sur la matière avec des collègues ce qui me paraît susceptible de donner des résultats pratiques.

En effet, sous peine de voir se tarir la générosité du Parlement, au grand dommage de la santé de nos braves troupiers, il convient de fournir, à brève échéance, aux prochaines Commissions du budget, la justification des frais qu'elles réclament des expériences qui vont commencer avec les 21.000 francs votés en décembre dernier.

Dans un premier article paru dans ce journal[1] j'avais cherché à résoudre économiquement le problème de cette organisation pour en obtenir le rendement le meilleur au point de vue hygiénique et thérapeutique.

---

1. *Odontologie*, 30 décembre 1907.

Je crois avoir démontré alors :

1° Que les cliniques dentaires militaires à créer doivent assurer à tous les hommes *présents sous les drapeaux* les soins *rapides* et *suffisants* que réclament toutes les maladies aiguës des dents ; que de plus elles doivent assurer à tous les hommes immobilisés par une maladie quelconque dans les hôpitaux ou dans les infirmeries des *soins systématiques* d'une portée suffisante pour les mettre à l'abri de toutes les maladies des dents et de leurs complications pendant la durée du service militaire ;

2° Que ces services dentaires doivent accomplir leur tâche économiquement et sans créer d'entraves ou de difficultés au commandement ;

3° Que ces services doivent faire bénéficier des ressources de la prothèse, les soldats de carrière (sous-officiers et soldats rengagés) et les mutilés en service commandé ainsi que les soldats dont l'incorporation ou le maintien sous les drapeaux ne peut être légitimé qu'avec l'emploi d'un dentier;

4° Qu'il est nécessaire de militariser le personnel affecté aux services dentaires ;

5° Qu'il est nécessaire de créer à *l'hôpital*, et non au régiment dans chaque garnison, un cabinet dentaire avec outillage complet ;

6° Qu'il est possible d'assurer les services des cabinets dentaires avec les dentistes incorporés annuellement dans le contingent en les plaçant sous la direction et la responsabilité des médecins militaires non *spécialisés,* mais préparés à cette besogne de surveillance et de direction par une clinique d'instruction à créer près de chaque école de médecine militaire (Ecole de Lyon, Val-de-Grâce) ;

7° Qu'il est nécessaire et possible de créer quelques cabinets militaires de prothèse en retenant dans l'armée des mécaniciens-dentistes comme on y retient des maîtres selliers, des maîtres tailleurs, des armuriers.

Sur l'ensemble de ces conclusions on peut dire que l'accord semble à peu près fait si l'on consulte les travaux publiés jusqu'ici et en particulier depuis l'apparition de la cir-

culaire ministérielle du 10 octobre 1907. J'ai cru cependant utile de reprendre en détail et de discuter les objections faites sur certains points par les auteurs des principaux travaux, pour arriver, si possible, à des conclusions plus précises, plus justifiées encore et à une entente plus complète avec mes distingués confrères.

Obligations incombant aux services dentaires, leur étendue.

Tout d'abord, il convient de relire avec soin la circulaire du 10 octobre 1907 pour en mesurer le texte et l'esprit. De cette lecture il ressort que les services dentaires à créer auront pour mission *d'exercer une surveillance attentive de la bouche et des dents, de donner en temps opportun les soins nécessaires pour traiter les maladies des dents, éviter leurs complications et celles qui résultent de l'évolution vicieuse des dents.* Dans les prescriptions de la circulaire, à côté de l'obligation du traitement nous venons de voir inscrite l'obligation de la surveillance des dents, et l'orientation du traitement dans le sens de la prophylaxie des complications.

L'application de ces prescriptions doit entraîner comme conséquences budgétaires et militaires la diminution du nombre des journées d'hôpital, ressortissant à ces maladies et du nombre des journées d'indisponibilité susceptibles d'éloigner le soldat du rang et de l'instruction militaire. A côté d'une œuvre thérapeutique banale, les services dentaires ont une besogne de préservation, de *prophylaxie* à accomplir du fait même qu'ils font besogne du Service de santé. Ils devront constituer des organes efficients d'hygiène dans la collectivité militaire.

Il peut sembler superflu d'insister sur les bénéfices immenses à tirer de cette prophylaxie *systématiquement poursuivie.* Ce côté des obligations des services dentaires militaires, semble cependant n'avoir pas été assez considéré par plusieurs des meilleurs auteurs qui ont écrit sur l'organisation des services dentaires dans l'armée, et par les dentistes qui ont offert leur concours au Ministre de la Guerre ; c'est

ainsi que dans un travail important, dont l'ensemble mérite d'ailleurs les plus grands éloges et atteste chez son auteur un heureux esprit d'initiative, nous lisons : « Le corps de » santé, n'ayant pas d'autre rôle à remplir que soigner le » soldat malade, et pas celui de faire d'un faible, d'un » amoindri, d'un taré, d'un anormal, un fort, un normal, » un physiologique, en employant à ce faire une partie du » temps de présence sous les drapeaux fixée par la loi[1]. » Et plus loin « La qualité du soldat, si intéressante soit-elle, » n'est pas suffisante à elle seule pour constituer un droit » au dentiste. » Quelques lignes plus haut le même auteur écrit que « l'Etat n'a pas le droit de prendre des hommes » dont l'état de santé précaire, amoindri, nécessiterait un » *remontage* au niveau des hommes normaux » ; qu'on ne saurait admettre « que les régiments soient dotés d'une com- » pagnie supplémentaire formée d'hommes dont le temps de » service serait partagé entre une séance de tir à la cible, une » séance de gymnastique respiratoire, ou entre deux séances » de mouvements d'armes et d'une séance de dentisterie ».

Notre distingué confrère qui écrit ces lignes ne semble pas se douter que notre faible natalité nous oblige à incorporer des amoindris et qu'une des grandes tâches du commandement et du Service de santé est justement à l'heure actuelle de faire de ces amoindris des hommes ; que les nouvelles méthodes de gymnastique rationnelle appliquées depuis quelques années dans l'armée ont pour but d'aider à l'achèvement du développement de ces incorporés qui nous arrivent enfants et que nous rendons hommes à leur famille et au pays. Il ne sait pas que dans certains régiments ces compagnies d'entraînement spécial pour les malingres ont donné les résultats les plus encourageants[2]. Partant des mêmes principes, la circulaire du 10 octobre recherche dans l'organisation des services dentaires un moyen d'amélioration de la santé individuelle des hommes

1. *Siffre*. « Le service dentaire dans l'armée française » (*Armée coloniale*, page 61, Tours, imprimerie J. Allard, 1907).

2. Notamment à Rouen, au 74e d'infanterie, sous l'impulsion des médecins-majors Demon et Perrin.

et un bénéfice hygiénique pour la collectivité militaire. Du moment que le soldat est du fait de son incorporation exposé de force, par la vie en commun, dans des locaux souvent médiocres, à des contages spéciaux, à des conditions spéciales d'hygiène *différentes* sur bien des points de celle de la vie civile, l'Etat lui doit de veiller sur lui et conséquemment a le droit de lui imposer, dans une certaine mesure, certaines habitudes d'hygiène destinées à diminuer la nocivité du milieu qu'il subit.

Il faut avoir le courage d'envisager sans en être effrayé, en raison de ses conséquences heureuses au point de vue de l'hygiène générale, l'ampleur que devra avoir l'organisation prescrite par la circulaire du 10 octobre.

Pour qu'elle portât tous ses fruits, pour qu'elle produisît les bénéfices qu'entrevoient avec certitude tous les médecins qui se sont occupés d'art dentaire, il faudrait que cette organisation permît de ne laisser aucun homme incorporé dans le cas d'être arrêté dans son service par une affection aiguë des dents, ou par une affection quelconque pouvant avoir pour origine plus ou moins éloignée une dentition mal soignée. Que d'angines, d'abcès, de névralgies, de pelades et d'affections cutanées, etc., que d'affections du rhino-pharynx, que d'otites, que de dyspepsies, etc., etc., que de véritables septicémies méconnues on éviterait ainsi ! Que d'atténuation on verrait sans doute dans la sévérité des affections infectieuses des voies respiratoires, du tube digestif même [1] ! Quelle amélioration on apporterait aussi

1. Pour ne citer que les affections intéressant directement les dents et celles qui sont largement tributaires de ces affections, nous trouvons les chiffres suivants dans la statistique médicale de 1906.

	Nombre des malades traités		Total des journées de traitement
	à l'infirmerie	à l'hôpital	
Affections des dents et complications	1.318	712	24.847
Stomatite	281	208	9 360
Angines	29.682	8 534	352 307
Totaux	31.281	9 454	386.514

dans la qualité de l'air respiré dans les chambrées de la troupe ! Il serait à désirer que des études bactériologiques poursuivies avec méthode fussent entreprises pour montrer la différence existant dans la flore microbienne d'une bouche à dentition saine ou à dentition bien soignée et celle de la bouche d'un homme du contingent normand, par exemple. Si cette étude était entreprise par un de nos maîtres en bactériologie, elle apparaîtrait vraisemblablement si concluante qu'on trouverait là des arguments pour démontrer d'une façon décisive aux yeux des médecins trop nombreux encore qui doutent de la nécessité des soins dentaires *systématiques*.

On démontrerait ainsi aux plus incrédules et aux indifférents combien un service dentaire militaire qui donnerait *seulement* des soins aux malades venant réclamer la cessation rapide de leur *mal de dents* aurait manqué à la plus grande partie de ses obligations, s'il n'avait dirigé son action du côté des complications possibles, immédiates et médiates, et contribué ainsi puissamment à l'hygiène individuelle et collective.

Comme conséquence de cette conception élevée des services dentaires dans l'armée, conception exprimée par les termes mêmes de la circulaire du 10 octobre 1907, il résulte pour le Service de santé qui les organisera la nécessité de déployer son action prophylactique sur le terrain bucco-dentaire, comme il le fait chaque fois que l'hygiène générale du troupier est en jeu, sur un autre domaine de l'organisme humain.

Chaque fois qu'une maladie est susceptible de se propager et d'entacher l'état sanitaire de la troupe, le médecin militaire n'attend pas que le soldat vienne réclamer ses soins ; il procède à des visites réglementées, à une thérapeutique *systématique* de tous les hommes sans exception. Je citerai comme exemple l'inspection journalière de la gorge et de la peau des hommes dans les compagnies où s'est produit, par exemple, un cas de diphtérie ou un cas de scarlatine, l'isolement rapide des hommes suspects ; de

même nous voyons en pays palustre tous les soldats recevoir des distributions quotidiennes de quinine avant toute apparition d'accès de fièvre. Je pourrais citer encore les mesures d'expertises bactériologiques et d'isolement prescrites à l'égard des porteurs de bacilles d'Eberth. Les visites mensuelles de santé avec les pesées périodiques, visites pendant lesquelles se feront les inspections bucco-dentaires, n'ont d'autre but que de dépister des maladies insoupçonnées ou dissimulées sciemment par l'homme qui en est atteint.

Les services dentaires devront donc eux aussi ne pas se contenter d'attendre et de soigner le *malade du jour* qui viendra demander des soins, mais ils devront rechercher le *malade du lendemain*, le convaincre qu'il doit se laisser soigner et le préserver ainsi d'un danger qu'il ne soupçonne pas. Je ne fais aucune difficulté pour reconnaître que cette tâche sera lourde et que les médecins militaires seront accusés d'utopie à vouloir l'entreprendre. Cela ne devra point les décourager, au contraire Je puis citer à l'appui de cette entreprise le merveilleux résultat réalisé avec les hernieux. Il y a vingt ans les hernieux n'étaient pas conservés dans l'armée; un jeune[1] médecin-major en 1892 a été traité d'utopiste quand il signalait à cette époque le bénéfice qu'il y aurait pour l'armée et pour les hernieux à incorporer et à opérer ces derniers. Son idée a fait son chemin avec le progrès de la chirurgie moderne : nous trouvons dans la statistique médicale de l'armée, que 2.899 hommes ont été, en 1906, opérés et cela de leur plein consentement ; ils avaient tous vraisemblablement déclaré, le jour de leur incorporation, qu'ils garderaient leur infirmité toute leur vie, si j'en juge par ce que j'ai vu moi-même pendant mon séjour dans les régiments.

Certes on ne niera pas qu'il est désagréable de se faire ouvrir le péritoine, et qu'il y a quelques risques de plus à courir qu'à se faire enlever des chicots, ou à se faire dévi-

1. Aujourd'hui médecin principal à l'Ecole militaire de Saint-Cyr.

taliser quelques dents. Il n'est pas douteux non plus que les soins dentaires restent synonymes de douleurs très pénibles pour la plupart des hommes que nous recevons au régiment ; mais, on conviendra, après l'exemple cité plus haut, que l'entreprise nouvelle n'est pas irréalisable. C'est une conquête à faire sur l'esprit souvent un peu fruste de nos jeunes incorporés, comme elle s'est faite déjà à propos des hernies.

Le jour où l'on voudra par des procédés analogues à ceux qui ont été employés avec les hernieux, procédés de douceur, de persuasion, de démonstration par l'exemple, avec un large emploi de moyens anesthésiques et le concours d'opérateurs instruits, convaincre les hommes d'accepter des soins dentaires suffisants *même et surtout à froid*, le jour où l'on stimulera le zèle des médecins militaires et de leurs précieux collaborateurs les dentistes et en leur donnant l'outillage convenable et en les récompensant, on arrivera rapidement à un résultat, sinon parfait, du moins très appréciable dans la prophylaxie spéciale des maladies de la bouche et des dents et des maladies qui en sont la conséquence proche ou éloignée ; on abaissera d'une façon notable la morbidité militaire, et les cabinets dentaires par leur influence sur l'hygiène générale auront vite rendu à l'Etat ce qu'ils auront coûté à installer et à entretenir.

Répartition pratique des soins dentaires entre le service médical régimentaire et le service dentaire hospitalier de garnison.

Nous venons de préciser l'étendue du champ d'action et du travail des services dentaires de l'armée. Reconnaître ces obligations, c'est par là même admettre sans discussion qu'il est de toute nécessité d'avoir dans chaque garnison un cabinet dentaire ouvert toute la journée, que ce cabinet, quelle que soit l'activité de son personnel (un seul chirurgien-dentiste par petite garnison, plusieurs dans les grandes garnisons) sera loin de pouvoir suffire à la besogne. C'est démontrer conséquemment que toute organisation qui se contenterait de l'ouverture d'une consultation dentaire de

quelques heures, même quotidienne, resterait à plus forte raison au-dessous de sa tâche et qu'une telle organisation ne mériterait que le qualificatif d'embryonnaire.

Le cabinet dentaire de garnison devra avoir son siège à l'hôpital ; c'est là seulement que son installation, son fonctionnement et sa surveillance pourront se faire dans des conditions suffisantes. L'hôpital est le centre normal où tous les services médicaux de la garnison doivent avoir leur port d'attache, c'est là que doivent se grouper normalement pour le bien du service tous les concours de toutes les compétences médicales. La plupart des dentistes sont d'accord sur la nécessité d'installer un seul cabinet dentaire par garnison, à l'hôpital. Ceux qui ont songé à doter chaque régiment d'un cabinet dentaire n'ont pas réfléchi que leurs conceptions étaient irréalisables pour plusieurs raisons : d'abord il résulterait des frais beaucoup plus élevés qu'avec l'unique organisation hospitalière, de plus le personnel nécessaire en chirurgiens-dentistes dépasserait de beaucoup les ressources du recrutement ; enfin ces organisations ne dispenseraient pas de l'obligation de doter d'un cabinet dentaire l'hôpital, où nombreux sont les malades en état de recevoir des soins que leur santé ne leur permet pas d'aller chercher dehors.

Nous allons étudier maintenant comment nous pourrions nous diriger pratiquement vers le but à atteindre avec l'organisation que j'ai proposée dans ce journal il y a quatorze mois.

Je crois qu'il ne faut demander aux médecins militaires que ce qu'ils peuvent faire avec l'instruction qu'ils recevront en quinze matinées au Val-de-Grâce. Cette instruction technique, en effet, ne peut être que rudimentaire, quelque zèle et quelque science que puisse déployer dans son enseignement le chef de la clinique stomatologique.

Dans les régiments le médecin militaire peut cependant faire beaucoup et décharger d'une besogne longue le cabinet dentaire de garnison installé à l'hôpital. Il peut et il doit d'abord savoir mettre un pansement calmant sur une pul-

pite aiguë, il peut et doit savoir faire un nettoyage de bouche, enfin il doit être très entraîné à l'emploi du davier et avoir une connaissance très précise des lésions qui commandent l'avulsion dentaire ou de celles qui commandent, coûte que coûte, la conservation d'une dent atteinte. Toutes les dents qui doivent être extraites doivent l'être par lui à l'infirmerie et le cabinet dentaire de l'hôpital ne doit avoir à intervenir qu'exceptionnellement dans les cas d'extractions difficiles des hommes non hospitalisés. Il y a là dans ces avulsions et dans les nettoyages de bouche une besogne très abondante et très simple, considérable dans ses effets au point de vue prophylactique. Pour s'en rendre compte il faut examiner quelques bouches des hommes de certains contingents, ceux de Normandie et de Bretagne par exemple. Le médecin du régiment pourra facilement accomplir cette besogne sur les hommes que la manœuvre ne retient pas, ou qui sont indisponibles comme malades à la chambre ou comme malades à l'infirmerie. Il y a là pour nos aides-majors du travail qui continuera à les intéresser à ces questions trop vite étudiées au Val-de-Grâce. Il conviendra que ce premier contact avec la bouche de l'homme soit fait avec habileté, avec grand ménagement, en usant largement des injections anesthésiantes. Tout cela ne nécessite pas un outillage bien compliqué : un jeu de bons daviers, une seringue à injection, quelques ampoules de cocaïne, quelques instruments à nettoyer et quelques excavateurs bien choisis suffiront. Si dans les compagnies les officiers et sous-officiers instruits par des conférences du médecin s'emploient à donner à leurs hommes tous les conseils relatifs aux soins de la bouche et des dents, s'ils veulent bien persuader leurs subordonnés de la nécessité des soins préventifs dentaires, si d'autre part le médecin, au lieu d'aller perdre des heures précieuses à attendre à un tir un accident problématique, est laissé pendant ce temps à la disposition des hommes à l'*infirmerie du corps,* beaucoup d'excellente besogne pourra être ainsi faite sans distraire l'homme de l'instruction militaire.

Je crois que les allées et venues entre le régiment et le cabinet dentaire de garnison, très préjudiciables à la discipline et à l'instruction militaire [1], doivent et peuvent être peu nombreuses, si les soins dentaires réalisables à l'infirmerie sont bien *organisés* et *bien donnés*. L'objection tirée de la difficulté d'éviter les allées et venues a servi d'argument pour préconiser [2] une organisation dentaire régimentaire, au lieu d'une organisation hospitalière ; elle tombera d'elle-même si l'on serre la question d'un peu près : en consultant la statistique médicale de l'armée, celle de 1906 par exemple, nous voyons en effet qu'il y a eu 538.042 malades à la chambre avec une moyenne de plus de trois journées de maladie par homme présent ; 140.310 malades à l'infirmerie avec quatre journées et demie de maladie par homme, ce qui signifie que chaque homme *présent* se trouve en moyenne avoir à sa disposition trois journées entières inoccupées, que chaque homme entrant à l'infirmerie dispose encore de plus de quatre journées. Si l'on ajoute encore les heures sans travail militaire dont presque chaque jour le troupier sait se procurer le bénéfice, on peut affirmer hautement que, sans sortir de la caserne, sans entraver l'instruction militaire, beaucoup de soldats auront la possibilité de réclamer et de recevoir des soins dentaires préventifs, je ne dis pas complets, mais déjà importants.

L'action thérapeutique et prophylactique se continuera au cabinet dentaire de garnison installé à l'hôpital. Là seront pratiquées les rares extractions compliquées que faciliteront la bonne installation matérielle, sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure, et les anesthésies générales ; là

1. Faute d'organisation suffisante de ce nouveau service à son aurore, on a pu constater bien vite des abus dans les allées et venues entre la clinique du Val-de-Grâce et les régiments de Paris. Il est arrivé que des hommes en assez grand nombre se présentaient à la clinique sous un prétexte quelconque et refusaient ensuite les soins ou extractions reconnus nécessaires, ou réclamaient des soins non indispensables et rentraient à leur régiment heureux d'avoir fait l'école buissonnière. Des ordres ont été donnés aux médecins par le Gouverneur militaire de Paris, pour mettre fin à cette nouvelle manie ambulatoire qui éloignait les hommes de leur service.

2. V. *Odontologie* du 30 mai 1908 « Les services dentaires dans l'armée », par un officier de troupe, p. 448.

seront soignées les caries provoquant des accidents aigus des hommes envoyés par les médecins des régiments ; là enfin sera surtout entreprise *systématiquement* chez tous les malades hospitalisés pour une cause quelconque la thérapeutique *rapide, économique* et *suffisante* pour les préserver de tout accident bucco-dentaire jusqu'à leur libération. C'est à l'hôpital que devra se continuer cette action persuasive de la part du médecin et du dentiste pour amener d'eux-mêmes au cabinet dentaire tous nos hospitalisés dès qu'ils seront en état de se lever, dès qu'ils seront convalescents de la maladie qui les a alités.

Revenant à la statistique médicale de l'armée de 1906 prise comme type nous trouvons en effet qu'il y a eu en France 122.582 hommes entrés à l'hôpital ayant exigé une moyenne de vingt-trois journées, quatre, de traitement par malade. On voit que le temps ne manquerait pas pour donner des soins dentaires à tous les hospitalisés, tout homme étant debout et convalescent, c'est-à-dire en état d'être traité pour ses dents, huit jours au moins avant sa sortie de l'hôpital.

A cette clinique dentaire hospitalière, il appartiendra aussi de donner des soins complets à longue portée, avec application des appareils de prothèse fabriqués par les laboratoires de prothèse à créer. Il reste entendu que ces soins complets à longue portée et la prothèse seront réservés aux soldats de carrière (soldats rengagés, sous-officiers rengagés) et aux mutilés de la face en service commandé.

M. Monod a préconisé une organisation qui comprendrait, outre les services dentaires de garnison dont tous les techniciens demandent la création, un centre dentaire très complet avec médecin militaire absolument spécialisé et cabinet de prothèse au chef-lieu de chaque corps d'armée. Sur ce centre on évacuerait les malades du corps d'armée demandant des soins compliqués et ne pouvant être soignés dans les services de garnison. Tout d'abord cette catégorie de malades existe-t-elle ? Il sera difficile de le démontrer et de le faire admettre. Je ne crois pas que cette

conception soit acceptable ; il suffit, pour s'en convaincre, de considérer les conséquences immédiates, les frais de voyage et d'hospitalisation, la perte de temps pour l'instruction des hommes, le danger de la désorganisation de certains services par l'éloignement intempestif d'un ou deux agents pour un motif mal accepté par l'autorité militaire.

Remarquons, en terminant, l'exposé des conditions d'exécution pratique que nous croyons les meilleures, que cette organisation des services dentaires militaires sauvegarde le principe de la division du travail en laissant avec les responsabilités la direction au médecin et le rôle légitime d'opérateur au dentiste.

Personnel des services dentaires.

Après avoir essayé d'établir définitivement les principes généraux qui devaient régir l'organisation et le fonctionnement pratique des services dentaires militaires, il me paraît utile de revenir sur la question du personnel.

M. Monod, chef de la clinique stomatologique du Val-de-Grâce, demande que l'on crée parmi les médecins militaires des spécialistes en art dentaire, un par corps d'armée [1].

Bien que la circulaire du 10 octobre 1908 prévoie qu'à un moment donné l'enseignement stomatologique du Val-de-Grâce aura formé un certain nombre de *spécialistes* destinés à organiser le service dans chaque garnison, je ne crois pas qu'il faille considérer qu'il était dans l'esprit de M. le Sous-Secrétaire d'Etat de créer dans le corps de santé militaire des spécialistes en stomatologie qui pendant toute leur carrière ne feraient plus autre chose que de la stomatologie, comme cela se produit parmi nos confrères civils. Il est plus vraisemblable d'admettre que la circulaire prévoyait ainsi l'échelonnement des installations dentaires, limité chaque année aux ressources budgétaires qui pourront y être consacrées jusqu'à achèvement, et imposé par la nécessité de cette instruction spéciale que *seuls* les jeunes

---

1. Monod, *Revue de Stomatologie*, mars 1908, p. 105.

médecins stagiaires peuvent recevoir. Notre corps de santé ne possède pas encore ses cours pratiques de perfectionnement, que les écoles de tir d'artillerie, d'infanterie et l'école de cavalerie mettent à la disposition des officiers combattants.

J'ai dit qu'il n'était pas nécessaire de créer des spécialistes en stomatologie parmi les médecins militaires, et au nombre des raisons que j'invoquais, je disais qu'en donnant une instruction trop complète sur cette branche de la médecine à nos jeunes camarades de l'armée, nous risquions de voir se produire des démissions. M. Monod considère cet argument comme sans valeur ; mon contradicteur est, ce dont je le félicite, trop jeune pour avoir vu l'époque où les médecins démissionnaient en grand nombre dans notre corps ; l'exercice de la médecine générale était alors moins encombré qu'aujourd'hui, l'on avait plus de chance de pouvoir gagner honorablement sa vie en exerçant son art. Ceux d'entre nous que les charges de famille obligeaient à regarder l'avenir en face d'une façon plus prosaïque, à renoncer à la vie modeste que par amour de leurs rêves de jeunesse et par sentiment patriotique ils avaient acceptée gaiement pour eux-mêmes, n'hésitaient pas à se jeter courageusement dans les risques de la clientèle, risques alors très limités. Si les démissions se sont arrêtées, on peut observer que la phlétore actuelle de praticiens est telle qu'il est devenu presque imprudent de quitter une situation même modeste, mais certaine, pour aborder la clientèle aujourd'hui si aléatoire en médecine générale.

La spécialité stomatologique reste une des moins encombrées chez nous puisque en France nous n'avons [1] que 7 dentistes pour 100.000 habitants, alors que les Etats-Unis en ont 29, l'Angleterre 12, l'Allemagne 11 pour le même nombre d'habitants.

La tentation de démissionner restera offerte pendant quelques années encore au médecin militaire suffisamment

1. Amoëdo, *Odontologie*, 30 septembre 1908, p. 283.

instruit, spécialisé en art dentaire, si les charges de famille viennent à lui créer des obligations inéluctables.

En raison de ces considérations, je crois être logique en concluant que si des spécialistes devaient être créés en médecine d'armée, l'intérêt général du pays, qui est de conserver à son service ceux qu'il a instruits pour une fonction d'armée, serait de limiter l'instruction stomatologique des médecins militaires aux nécessités de leur fonction, de surveillance et non d'exécution, parce qu'ainsi on opposerait un frein aux tentations de démission.

Du reste cette question des spécialistes en art dentaire à créer parmi les médecins militaires n'est qu'une des faces de la grande question des spécialistes en général en médecine militaire. Il est certain qu'à l'heure actuelle l'exercice de la médecine tend vers la spécialisation partout, d'une façon presque outrancière. Les médecins qui font de la médecine générale seront bientôt l'exception, au moins dans les grandes villes. Je ne serais nullement surpris que, subissant l'influence des ambiances, M. Monod et d'autres avec lui aient pensé sans hésiter qu'il était avantageux de commencer par la stomatologie, qui est assurément la plus spéciale des spécialités en raison de l'étendue et de la variété de connaissances qu'elle comporte. Beaucoup de médecins militaires d'une génération plus ancienne, à laquelle j'appartiens, en dehors des arguments invoqués dans mon premier article et discutés à nouveau au paragraphe précédent, pensent qu'en raison du rôle spécial qui sera le nôtre à la mobilisation et des nombreuses obligations qui nous accaparent dès le temps de paix, nous n'avons pas le droit de nous *enfermer* dans une spécialité médicale, pas plus dans l'art dentaire, que dans l'oculistique ou les affections nerveuses. Les médecins militaires du cadre actif sont en effet destinés à *encadrer* le jour d'une déclaration de guerre les médecins de réserve. Nous aurons un rôle complexe de direction, nous aurons à utiliser et à guider les médecins de réserve au mieux des intérêts de l'armée, dont nous apprenons à connaître par notre métier et les rouages et les

besoins. Nous avons donc le devoir de rester attachés à l'étude de l'ensemble des questions médicales avec des précisions suffisantes sur chaque branche pour diriger le rendement des médecins civils que nous encadrerons — et dont beaucoup seront spécialisés.

Les réserves nous fourniront largement des médecins spécialistes qui pourront apporter aux victimes de la guerre le concours de leur connaissance technique particulière [1].

(A suivre.)

---

1. M. le professeur Simonin du Val-de-Grâce, à propos de la spécialisation des médecins militaires en psychiatrie, dont les ressources sont cependant si précieuses devant les conseils de guerre, dans un article récent des Annales d'hygiène et de médecine légale, écrivait : « La faiblesse même de l'effectif total » du corps de santé militaire est encore une raison pour écarter les spécialisa- » tions étroites et définitives qu'on pourrait taxer d'outrancières et dont s'ac- » commoderont mal les exigences générales du service. »

REVUE ANALYTIQUE

La pelade d'origine dentaire. — L'anesthésie directe du nerf maxillaire supérieur. — L'adrénaline. — Quelques manifestations à la suite de l'anesthésie par injections intra-gingivales. — La pression des lèvres, des joues et de la langue.

La pelade d'origine dentaire.

On connaît les controverses récentes auxquelles a donné lieu la question de la pelade ; on sait surtout le rôle joué par M. Jacquet dans l'établissement de la notion de non-contagiosité de cette affection, à laquelle il reconnaît presque toujours une origine dentaire [1].

A ce sujet, M Rousseau-Decelle expose les résultats de l'enquête qu'il vient de faire, depuis deux ans, sur les peladiques du service et de la policlinique de M. Jacquet. Sur 70 cas de pelade, il en a observé 25 dont l'origine dentaire est manifeste ; 18 fois la pelade est survenue dans le mois qui a suivi la crise dentaire et, dans ces 18 cas, du même côté qu'elle. De plus, il semble bien y avoir un rapport étroit entre le siège de la lésion dentaire et le siège de la pelade.

L'auteur expose ensuite quelles sont les lésions dentaires les plus peladogènes. Ce sont l'évolution de la dent de sagesse (8 fois sur 25 cas) et l'arthrite alvéolo-dentaire (11 fois sur 25). Il cite à cet égard plusieurs observations tout à fait probantes. Il termine en donnant les résultats thérapeutiques observés dans la cure de la pelade par l'intervention dentaire seule Sur 22 cas traités et suivis, il eut 3 insuccès et 19 guérisons se répartissant ainsi : repousse immédiate (huit à quinze jours) dans 11 cas; repousse rapide (quinze jours à un mois) dans 5 ; repousse tardive (deux à trois mois) dans 3.

Cette enquête apporte à la théorie de M. Jacquet une nouvelle et importante confirmation.

(Rousseau-Decelle, *Société médicale des Hôpitaux*, 15 janv. 1909.)

L'anesthésie directe du nerf maxillaire supérieur.

M. Munch vient de communiquer récemment à la Société de laryngologie le procédé d'anesthésie qu'il a adopté pour opérer les sinusites par la méthode de Caldwell-Luc. Il obtient l'anesthésie en injectant une solution faible de cocaïne dans le tronc du nerf maxillaire supérieur, à la base du crâne, là où, émergeant par le trou grand rond, le nerf aborde la fosse ptérygo-maxillaire. Tout le massif maxillaire supérieur se trouve alors insensibilisé, et l'on peut opérer sans la moindre douleur. Les suites seraient très bénignes.

(*Société de laryngologie*, 8 janvier 1909.)

L'adrénaline.

Au moment où l'usage de l'adrénaline a tendance à se généraliser dans la pratique dentaire (analgésie dentinaire et pulpaire) nous

---

1. V. *Odontologie*, 30 août 1905, p. 191.

croyons être utiles à nos lecteurs en publiant sur ce médicament les renseignements pharmacologiques qui suivent, que nous empruntons en grande partie à la *Presse médicale*.

L'adrénaline est un composé chimique organique de formule brute connue, dont la structure moléculaire, encore imparfaitement établie, rapproche ce corps des alcaloïdes.

Outre le nom d'adrénaline, ce composé retiré des glandes surrénales de divers animaux, est encore appelé rénaline, suprarénine, hémisine, épinéphrine.

C'est une matière blanche, inodore, légèrement amère, peu soluble dans l'eau pure et ne s'y conservant pas ; donne avec l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique (6 grammes pour 100) une solution stable qui, au titre de 1 gramme d'adrénaline pour 1.000 grammes de solution, représente la forme courante normale sous laquelle on prescrit ce médicament.

Toxique à doses élevées.

Vaso-constricteur énergique; hémostatique général et local, soit par usage interne ou externe ; stimulant du cœur ; adjuvant précieux de la cocaïne, stovaïne, eucaïne, en augmentant le pouvoir anesthésique et diminuant la toxicité de ces composés.

Antidote des opiacés et narcotiques.

Dose limite pour adulte :

Par dose: XX gouttes, soit 1 centimètre cube de solution acide normale ;

Par vingt-quatre heures: LX gouttes, soit 3 centimètres cubes de solution acide normale.

FORMES PHARMACEUTIQUES.

Usage interne :

Potion, solution :

Solution normale acide d'adrénaline au millième...	3 c. c.
Véhicule liquide variable (eau, vin, sirop). Q.S. pour.	150 —

Une cuillerée à soupe contient VI gouttes de solution acide normale.

Usage externe :

Solution pour applications externes, pulvérisations, tamponnements, injections :

Solution normale acide d'adrénaline au millième.

Solution pour instillation (*pratique ophtalmologique*).

Solution normale acide d'adrénaline au millième...	*10 c. c.*
Eau distillée.................................	*40 —*

L'emploi simultané de l'adrénaline et du sulfate d'atropine en ophtalmologie donnerait lieu à des phénomènes d'intoxications.

Solution anesthésique (*chirurgie générale et pratique dentaire*) :

Chlorhydrate de cocaïne......................	*0 gr. 01.*
Solution normale acide d'adrénaline au millième.	*III gouttes.*
Eau distillée.................................	*1 c. c.*

Pour une ampoule.

On remarquera que l'adrénaline, qui est considérée comme un stimulant du cœur, peut donc être associée sans crainte à la cocaïne.

Cependant cette même propriété de l'adrénaline doit nous rendre assez circonspects quand nous avons à l'employer chez des sujets à circulation hypertendue, artérioscléreux, ou brightiques ; aussi conseillerons-nous toujours de tendre à diminuer la dose d'adrénaline ; notre pratique nous a démontré que ce médicament agit parfaitement à la dose de 1/20 de milligramme (il agit encore à 1/100 de milligramme). On pourrait donc ainsi formuler la solution :

Chlorhydrate de cocaïne	*0 gr. 01.*
Adrénaline	*1/20 milligr.*
Eau distillée	*1 c.c.*

Pour une ampoule.

H. D.

Quelques manifestations à la suite de l'anesthésie par injections intra-gingivales.

L'auteur énumère quelques symptômes survenant après l'injection et dont certains n'ont pas encore été mentionnés jusqu'à maintenant.

Il s'agit des injections avec une solution de suprarénine-novocaïne à 2 0/0.

Il est à remarquer que l'absorption de l'anesthésique est très rapide. Dans certains cas, aussitôt après l'injection, on observe un tremblement léger. On a la sensation pour un instant du passage d'un courant électrique à travers le corps. Bientôt on ressent une grande fatigue plus particulièrement localisée aux extrémités inférieures. Ces symptômes disparaissent rapidement.

Il ne faut pas les confondre avec l'état d'anxiété dans lequel tombent certains malades après injections d'une grande dose et qui est le précurseur du collapsus. Ces symptômes ont été observés très souvent, mais l'auteur ne prétend pas qu'ils soient constants.

Un autre symptôme souvent inaperçu est la paralysie des nerfs moteurs. On voit alors après une injection faite dans la région incisive, une paralysie faciale partielle, la lèvre est flasque comme chez un paralytique réel. Après la disparition de l'anesthésie qui dure de deux à trois heures, cette pseudo-paralysie disparaît.

Une autre manifestation plus rare est l'inflammation et la formation d'abcès surtout sur la voûte palatine. L'abcès n'apparaîtrait pas près du point de l'injection, mais à la limite de la partie anesthésiée. L'auteur n'impute pas à la novocaïne cet accident, l'infection joue un rôle important dans ce cas.

Une autre manifestation de l'injection où l'infection ne semble jouer aucun rôle, est l'apparition d'ecchymose. L'auteur a observé trois cas au maxillaire supérieur et un dans la région du menton. Le lendemain de l'injection on vît apparaître sur la peau de la région ou le liquide avait été injecté des taches sans saillies, sans limites, et d'une rougeur assez intense. Deux jours après, les taches avaient la dimen-

sion d'une pièce de cinq francs. Ces ecchymoses durèrent environ huit jours.

L'auteur observe que ces manifestations sont très rares ; sur quelques milliers d'injections, ce sont les seuls accidents observés.

(Fritzche, *Deutche Monatschrift fur Zahn.*, juillet 1908.)

La pression des lèvres, des joues et de la langue.

L'auteur fait un travail très complet sur l'influence de la pression exercée par la langue, les lèvres et les joues sur les maxillaires et les dents : Sauer dit avoir utilisé souvent la pression des lèvres pour redresser des dents en antéversion.

Tomes prétend que le palais en V est formé par la pression anormale des muscles buccaux, que la pression des lèvres et des joues rétablit la symétrie des maxillaires; beaucoup d'autres auteurs sont du même avis sans qu'aucun d'eux ait fourni et essayé d'en donner l'explication. Pons parle également de cette pression.

La pression de ces organes sur les parties dures se produit seulement sur des dents branlantes. Nous savons que lorsque la dent fait éruption elle se trouve dans un alvéole large, et le tissu qui le remplit se transforme en tissu osseux quand la dent occupe sa place définitive.

Cela change pour les dents qui sont implantées dans un alvéole ossifié. Les muscles seuls peuvent exercer la pression. Pour produire cette pression il est nécessaire que le muscle présente deux insertions sur l'os. S'il n'a qu'une insertion sur l'os et l'autre dans les parties molles, il ne produit pas une pression, mais une traction.

L'auteur rappelle l'insertion de tous les muscles des lèvres et conclut qu'aucun ne produit une pression, mais par leur contraction les muscles éloignent la lèvre du procès alvéolaire.

Le buccinateur seul a ses insertions sur deux os, il peut en se contractant produire de la pression et de la traction. Si on l'examine de près, on voit qu'il est en nésolution pendant l'occlusion des maxillaires, il y a peu d'expansion à l'abduction du maxillaire inférieur. Quand on fait gonfler les joues, le buccinateur entre en action, mais à ce moment, il est éloigné des dents et ne peut par conséquent exercer une pression sur les dents ni sur le procès alvéolaire. C'est une erreur de croire que le buccinateur comprime les maxillaires latéralement.

Certains auteurs prétendent que la pression atmosphérique serait une cause des anomalies dentaires et des maxillaires. L'auteur en doute.

La langue, à l'état normal, n'exerce aucune pression sur les dents définitivement implantées, mais bien à l'état pathologique (macroglossie, tumeurs).

Il est rare de trouver des personnes qui serrent fortement les lèvres, il est encore plus rare d'en trouver qui serrent constamment les maxillaires l'un contre l'autre.

La langue n'est en contact avec le maxillaire supérieur que lorsque le maxillaire inférieur le touche. Quand on mange, quand on parle la pression des maxillaires est rare.

La langue exerce une légère pression sur les dents inférieures. Elle touche légèrement les dents antérieures et frotte constamment contre les petites molaires et grosses molaires, mais ne produit pas de pression très notable.

Quand la langue, au lieu d'être au repos, entre en action dans les mouvements de déglutition, ou de succion, elle ne produit aucune pression dans la bouche.

Dans les mouvements de la mastication et de la prononciation, la langue ne peut exercer de pression pour la formation des voyelles.

Pour la prononciation des consonnes la langue est portée plus souvent contre les dents antérieures avec une rapidité telle que la pression est nulle.

Par différents exemples l'auteur vient appuyer son fort intéressant travail.

(MICHEL WURGBURG, *Monatschrift fur Zahn.*, juillet 1908.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.).

(Association française de Sociétés dentaires).

SIÈGE SOCIAL : 28, RUE SERPENTE, PARIS.

Assemblée générale du 20 octobre 1908.

Présidence de M. FRANCIS JEAN, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Amoëdo, Barden, Blatter, Choquet, Delair, Godon, Pailliottin, Siffre, G. Viau, G. Villain, H. Villain.

ORDRE DU JOUR :

1° Procès-verbal ;
2° Correspondance ;
3° Lettre du Comité d'organisation du Congrès de Berlin ;
  A. Désignation d'un confrère français pour un travail scientifique;
  B. Désignation d'un membre pour la présidence honoraire au nom de la France ;
  C. Désignation de membres pour des présidences honoraires de sections ;
  D. Indication de membres susceptibles de collaborer effectivement à ce Congrès ;
4° Examen d'une circulaire de propagande pour le Congrès de Berlin;
5° Communications et propositions diverses.

Le secrétaire général, M. Blatter, donne lecture du procès-verbal de la réunion du 4 août 1908.

M. Francis Jean fait observer qu'il a dit que les nouvelles adhésions portaient à treize le nombre des groupements adhérents et non à seize.

Sous le bénéfice de cette observation le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

Le secrétaire général donne lecture : 1° de lettres d'excuses de MM. Fléty (Dijon) et Léger-Dorez ; ce dernier demande en outre à collaborer effectivement au Congrès de Berlin ;

2° D'une lettre du Comité d'organisation de ce Congrès demandant à la Fédération de procéder aux diverses désignations portées à l'ordre du jour.

Le président fait connaître le sens de la réponse qu'il a faite : la F. D. N. est toute prête à se charger dès à présent de l'envoi des programmes, mais devra se réunir pour prendre des décisions sur les divers points soulevés.

Il ajoute que M. Siffre a proposé un ou deux sujets qui pourraient,

suivant lui, donner lieu à un rapport à ce Congrès et se met à sa disposition comme rapporteur.

M. Choquet demande si le travail à présenter sera imprimé d'abord.

M. Godon pense que, comme à Saint-Louis, il s'agit d'un travail devant avoir les honneurs de l'assemblée générale. Il y aurait avantage à ce que ce travail fût imprimé ou simplement écrit à la machine à écrire, mais traduit en plusieurs langues à l'avance, notamment en allemand.

M. Choquet demande à être inscrit pour une communication dont le but serait la *mise au point d'une théorie concernant la résorption des dents temporaires.*

M. Viau pense que, pour une chose aussi importante que la désignation d'un confrère devant traiter un sujet en assemblée générale, il serait bon de nommer une Commission qui choisirait et présenterait à la F. D. N. quatre ou cinq noms. Il ne faut pas de précipitation.

M. Godon pense que l'on pourrait faire des offres ; mais il faut que le choix fait soit ratifié par l'opinion professionnelle.

M. G. Villain pense qu'on pourrait adresser un appel à la profession.

Le président répond que cela a été fait.

M. Godon est d'avis de nommer une Commission qui examinera les candidatures et les sujets et fera un rapport à une prochaine réunion de la Fédération. Le Bureau lui paraît tout désigné pour cela.

M. Blatter propose d'adjoindre deux membres au Bureau.

M. Siffre croit qu'il vaudrait mieux commencer par choisir le sujet que choisir les personnes. Il faut provoquer des candidatures ; il faut, pour faire honneur à l'art dentaire français, que le confrère désigné choisisse un bon sujet et le traite bien.

M. Godon estime que le choix de la Fédération doit être basé sur un rapport et qu'il faut faire appel aux confrères. On peut, par exemple, informer les délégués que la F. D. N. votera à une prochaine séance sur les conclusions du rapport.

Le président fait observer qu'il convient de répondre à la lettre de Berlin. Il propose de charger le Bureau, auquel il sera adjoint deux membres, d'examiner les sujets devant être traités au Congrès et de proposer les candidatures. — *Adopté.*

MM. Barden et Franchette sont désignés pour être adjoints au Bureau.

Pour la présidence honoraire à conférer à un Français, le président propose M. Godon. — *Adopté à l'unanimité.*

M. Godon remercie.

Pour les présidents honoraires des sections *M. Godon* propose de dresser une liste en mettant en tête les professeurs titulaires des divers cours des trois écoles.

Le président demande que la Commission désignée soit chargée de cette désignation. — *Adopté.*

M. Godon demande que la Commission présente son rapport à la prochaine réunion. — *Adopté.*

M. Siffre propose que les noms présentés pour chaque section soient rangés par ordre alphabétique. — *Adopté.*

Au sujet de la désignation de confrères susceptibles de collaborer

effectivement au Congrès, M. Barden fait observer que la liste qui va être préparée fournira tous les éléments voulus.

M. Godon estime nécessaire que la Fédération s'assure de confrères allant à Berlin.

Sont inscrits comme devant s'y rendre effectivement : MM. Amoëdo, Barden, Choquet, Delair, Godon, Francis Jean, Sauvez, Siffre, Viau, G. et H. Villain.

Le président se propose d'adresser une circulaire à tous les dentistes ayant pris part aux Congrès antérieurs.

M. Blatter donne lecture d'un projet de circulaire.

M. Viau croit bon d'indiquer le montant de la cotisation. — *Adopté.*

M. Godon pense qu'il faut ajouter un bulletin d'adhésion et l'adresse à laquelle ce bulletin devra être envoyé. — *Adopté.*

MM. Godon et Villain demandent quelques modifications. — *Adopté.*

M. Amoëdo fait observer qu'un article du Règlement du Congrès de Budapest permet d'admettre à titre d'exception des dentistes marquants.

M. Godon rappelle que l'exclusion des dentistes du Congrès de Budapest a été qualifiée d'acte discourtois par la Société des stomatologistes d'Autriche et par celle de Russie et demande que cela soit indiqué dans la circulaire.

Le président propose que le Bureau apporte à la circulaire les modifications nécessaires. — *Adopté.*

Il est décidé que cette circulaire sera envoyée aux Sociétés adhérentes à la F. D. N., aux journaux professionnels de ces Sociétés et aux confrères qui se sont intéressés aux Congrès antérieurs.

M. Godon dit que les réformes des études et des examens dentaires sont sur le point d'aboutir, les décrets sont prêts et seront soumis au Conseil supérieur de l'Instruction publique à sa session de décembre. Comme il sera certainement fait des tentatives pour les faire ajourner, il faut que les dentistes fassent tous leurs efforts pour faire réussir ces réformes, c'est-à-dire qu'ils agissent auprès de leurs relations pour que les décrets soient signés sans aucun changement. Tels qu'ils sont, ces décrets constituent une amélioration : ils suppriment le certificat d'études secondaires, ils créent un stage de prothèse de deux ans, ainsi que des examens annuels, enfin ils réforment le troisième examen.

Il propose l'ordre du jour suivant, qui serait adressé au Ministre de l'Instruction publique :

« La Fédération dentaire nationale, réunie le 20 octobre 1908,

» Considérant les projets de réforme des études et des examens dentaires proposés par l'Administration de l'Instruction publique à la suite du rapport Lannelongue ;

» Considérant qu'ils constituent une grande amélioration sur la situation présente ;

» Considérant qu'il est nécessaire de mettre fin à cette situation et que tout nouvel ajournement ne pourrait qu'être préjudiciable à la profession ;

» Demande que ces projets soient soumis dans leur forme actuelle

au Conseil supérieur de l'Instruction publique, à sa session de décembre prochain pour être réalisés avant la fin de l'année.» — *Adopté.*

M. Barden estime qu'il faut se contenter pour le moment de ces réformes.

Le président propose que l'ordre du jour soit signé par le président de chaque Société ou par un délégué. — *Adopté.*

MM. Barden, Franchette, Vichot, Pont, Barrié et Frey sont nommés délégués de l'Association des professeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique à la F. D. N.

M. Godon pense que pour couvrir les dépenses de la Fédération on pourrait inviter les sociétés adhérentes à verser une petite indemnité dont elles fixeraient elles-mêmes le montant. — *Adopté.*

Il est décidé que le président leur écrira dans ce sens.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
BLATTER.

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

EXPOSITION DENTAIRE INTERNATIONALE

Berlin 23-28 *août* 1909, *Palais du Reichstag.*

La résolution d'organiser sur une large base, jointe au Congrès dentaire international, une exposition internationale de l'art dentaire à Berlin en 1909, a été prise par le Comité d'organisation dans la conviction que cette exposition ne peut que faire ressortir l'importance du Congrès aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur et lui donner un complément démonstratif destiné à éclairer les discussions scientifiques.

L'importance d'une telle exposition pour le succès du Congrès ne doit pas être méconnue, et pour avoir une garantie de succès, il est nécessaire que toutes les sphères intéressées y participent et soutiennent efficacement l'entreprise. C'est justement dans l'art dentaire scientifique et pratique qu'une exposition fait évidemment reconnaître le développement et les progrès.

Ainsi que nous l'avons publié dans notre numéro du 30 janvier dernier, l'exposition comprendra onze groupes:

Pour donner à l'exposition un caractère vraiment international il est absolument indispensable d'y participer activement et en grand nombre. Puisse donc cet appel trouver un écho général et être apprécié par tous nos confrères afin que tous contribuent à la réussite de l'entreprise. Il s'agit de l'intérêt général de notre profession, et c'est le devoir de chacun de nous seconder dans la mesure de ses forces.

Le Comité de l'Exposition internationale dentaire se compose du président d'honneur, d'un comité d'honneur, d'un comité exécutif et d'un comité auxiliaire.

La direction de l'exposition serait heureuse de recevoir le plus tôt possible les inscriptions, avec une courte notice provisoire sur les objets et leur position dans le plan de groupement. On est prié de les adresser au président, M. le prof. Dieck, Berlin, Potsdamerstr. 113 Villa 3.

Les inscriptions provisoires permettront de se faire une idée de la place à réserver dans les salles du palais du Reichstag, qui sont à notre disposition, de l'arrangement nécessaire et du nombre indispensable de tables, étagères, vitrines, etc.

Parallèlement à l'exposition scientifique, aura lieu une exposition industrielle.

Le comité exécutif se compose de MM. le prof. Dr Dieck, président, Dr Konrad Cohn, prof. Hahl, H. J. Mamlok, Dr Overlach, prof. Dr Schröder, membres.

CONFÉRENCE A BRUXELLES

Le samedi 20 février, notre collègue M. Frey a fait à la Société dentaire belge, réunie à Bruxelles dans la « Maison des médecins, une conférence sur la *notion de terrain en pathologie dentaire.* Il a étudié l'influence de l'état général sur la dent dès l'état folliculaire, mettant à contribution surtout les derniers travaux de Theuveny et de Capdepont ; puis il a passé en revue, en résumant ses propres travaux, les influences de terrain dans la carie, l'éruption, l'érosion et la pyorrhée.

L'accueil fait à notre confrère a été absolument cordial.

Le Président de la Société, M. Quintin, l'a chargé de transmettre à l'Ecole dentaire de Paris les sentiments de bonne confraternité et de profonde gratitude de tous les dentistes belges réunis ce soir-là.

Le lendemain dimanche, ces sentiments d'excellente confraternité réciproque ont été confirmés dans un banquet offert à notre confrère.

FÊTE DU TRENTENAIRE DE LA FONDATION DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. D F.

Le Conseil général du Groupement a décidé de commémorer le trentenaire de la fondation de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F. et la réalisation des réformes par une fête, à laquelle prendra part la F. D. N.

Un banquet, suivi de soirée, aura lieu le samedi soir 3 avril prochain. Une séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie de Paris, aura lieu le lendemain matin dimanche.

Le programme, actuellement en élaboration, sera envoyé ultérieurement à tous les sociétaires.

On peut s'inscrire dès à présent au Secrétariat du Groupement, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

NOUVELLES

Association générale des dentistes de France.

Le Conseil de direction de l'Association s'est réuni, comme nous l'avons annoncé, le samedi 20 février, pour procéder à la constitution de son bureau et de diverses commissions.

Ont été élus :

Président : M. Francis Jean.

Vice-présidents : MM. Rollin, Monnin (Le Mans).

Secrétaire général : M. Fouques.

Secrétaire adjoint : M. Lalement (Paris).

Trésorier : M. G. Viau.

Conseil de famille mixte.

Trois membres du Conseil de l'Association (et trois du Conseil de l'Ecole), MM. Dreyfus, Lalement, L. Lemerle.

Chambre syndicale.

MM. Delair, Lalement, Machtou, Roy, Rollin.

Caisse de prévoyance.

MM. Cecconi, Debray, Jeay, Lalement, G. Viau.

Commission des fêtes.

MM. Dreyfus, Fouques, Lalement, Machtou, Rollin.

Conseil général du Groupement de l'A. G. D. F. et de l'E. D. P.

Le Conseil général du Groupement s'est réuni le samedi 20 février pour procéder à la nomination de la Commission exécutive, de son bureau et du Comité de rédaction et d'administration de *L'Odontologie*.

Commission exécutive.

Ont été élus :

Président : M. Godon.

Vice-présidents : MM. Lemerle, Roy.

Secrétaire général : M. Blatter.

Trésorier général : M. Bioux.

Membres : MM. J. d'Argent, Fouques, Francis Jean, G. Viau, Cecconi, Monnin, Pont.

Comité de rédaction de L'Odontologie.

Directeur : M. Godon.
Rédacteur en chef : M. Roy.
Secrétaire de la rédaction : M. Dreyfus.
Administrateur-gérant : M. Miégeville.
Membres : MM. Blatter, J. d'Argent, Frey, Francis Jean, L. Lemerle, Touchard, G. Viau, G. Villain.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Léon Pichat, de Grenoble, membre de l'Association générale des dentistes de France, avec Mlle Suzanne Esprit, célébré le 15 février à Grenoble.

Nous adressons nos vives félicitations aux nouveaux époux.

Erratum.

Dans notre numéro du 30 janvier nous avons signalé parmi les nominations d'officiers d'Académie celle de M. Geoffroy (Grasse).

Cette mention doit être rectifiée ainsi :

Geoffroy, Michel, Honoré, Félicien, né à Grasse. Habitant Paris, 12, boulevard du Montparnasse.

Livres reçus.

Nous avons reçu du Dr R. Jocqs une brochure intitulée : « De la kératite neurotrophique. Un cas de kératite grave d'origine dentaire. »

A. G. D. F.

Conformément à la décision du Conseil d'administration de l'A. G. D. F. en date du 18 janvier 1908, nous publions ci-après la liste des membres de l'Association qui ont voté par correspondance au scrutin de l'assemblée générale ordinaire du 24 janvier dernier pour le renouvellement du Conseil.

PARIS

Amoëdo.
Bacri H.
Bonnard.
Boileau.
Bioux J.
Barden.
Barrié J.
Bassot L.
Borcier.
Boudy.
Charbonnier G.
Chaussebourg A.
Chesne.
D'Argent J.
Delattre.
Demeuile G.
Denninger.
Desforges G.
Despré.
Despret G.
Devoucoux.
Dugit.
Eudlitz.
Fichet.
Fié.
Flemin.
Fouques A.
Fouques G.
Frenkel (Mme).
Guebel P.
Hachet.
Jeay Ch.
Kéall.
Laurent.
Loge (de la).
Lemaire (Mme).
Lemaire F. (D^{r}).
Lemerle G.
Lepelletier.
Levett (D^{r}).
Maire (D^{r}).
Magub.
Moutin.
Masson.
Martinier.
Morche.
Philippoteau.
Pinet (D^{r}).
Poiret.
Pachéco.
Prat Fréd.
Quillet.
Ragageot.
Rebel.
Rozenberg.
Saumier.
Sauvez père.
Sauvez (D^{r}).
Schleier.
Sénécal.
Serres.
Szwaycarsky.
Valensi A.
Varlet E.
Viau G.
Wahl.

PROVINCE

Amoureux.
Audy Achille.
Audy Francis.
Bailly.
Bécavin.
Bennejeant.
Bonnaric J.
Bouvet J.
Brodhurst.
Cardon.
Caron (D^{r}).
Cavalié.
Cazé E.
Chateau (Grenoble).
Chateau (Versailles).
Couturier G.
Declide L.
Dehilotte.
Devoucoux.
Douzillé.
Duplan.
Eustache.
Fournier.
Gravière.
Guillot G.
Gadeau.
Isnard.
Izambert.
Join.
Jollibois G.
Keall P.
Lalement A.
Leduc.
Lemaire G.
Lemarchand.
Levêque.
Margery.
Miégeville.
Mouton.
Pothier.
Roy A.
Rat.
Robert (Mlle).
Schlax J.
Schwartz.
Vichot J.
Vichot L.
Weiskopf.
Wielhowski.

29e ANNÉE. N° 5 15 MARS 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAI D'UNIFICATION DE LA TERMINOLOGIE ET DES DIVERSES CLASSIFICATIONS EN ORTHODONTIE

Par GEORGES VILLAIN, D. E. D. P., D. D. S.,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

(Suite et fin[1].)

Orthopédie dento-faciale.

Après avoir étudié les anomalies de position, de direction et d'occlusion des dents, c'est-à-dire les anomalies de rapport des dents d'une même arcade entre elles, et les anomalies de rapport d'une dent avec son antagoniste ou ses antagonistes, nous avons étudié et classé les anomalies de rapport des arcades entre elles : ces anomalies forment l'orthodontie.

Nous devons maintenant envisager les anomalies de rapport des arcades avec les maxillaires et les anomalies de rapport des maxillaires avec les autres parties de la face, c'est-à-dire l'orthopédie dento-faciale.

L'orthopédie dento-faciale comprend deux grandes classes :

1° Les arcades sont en rapports anormaux avec les maxillaires ;

2° Les maxillaires sont en rapports anormaux avec la face.

1. V. *L'Odontologie* des 15 janvier et 28 février 1909.

RAPPORTS ANORMAUX DES ARCADES AVEC LES MAXILLAIRES.

Les arcades sont en rapports anormaux avec les maxillaires lorsqu'elles n'occupent pas sur ceux-ci leur position normale. Ce sont les arcades radiculaires que nous devons considérer ; il est un cas cependant que nous ne pouvons faire rentrer dans l'orthodontie, les rapports des arcades entre elles étant normaux, c'est le cas où les arcades radiculaires peuvent être en relations normales avec les maxillaires, tandis que les arcades coronaires seront anormales par rapports à ces maxillaires : ce sont des mésio-antéversions des deux arcades coronaires, ou des disto-rétroversions des deux arcades coronaires, le profil seul peut dans ces cas nous servir de base de diagnostic. Je crois qu'il est préférable de classer ces anomalies dans l'orthopédie dento-faciale.

Les arcades peuvent être en rapports anormaux avec les maxillaires, mais en rapports normaux entre elles et l'occlusion par conséquent normale, ce qui vient à l'encontre des théories d'Angle, qui prétend que, si l'occlusion est normale, les dents forment une arcade régulière sur laquelle nous n'avons pas à intervenir. Je considère que les dents ne forment pas, par leur malposition ou malrelation, la seule raison d'être de l'orthodontie, de l'orthopédie dento-faciale tout au moins, et nous verrons que, l'occlusion étant normale, il peut y avoir et il y a des anomalies dento-faciales que nous avons le devoir de prévenir et de corriger : la figure 21 en est un exemple frappant.

La première classe de l'orthopédie dento-faciale se divise en deux groupes : le premier comprenant des arcades en rapports normaux entre elles avec occlusion normale, mais en rapports anormaux avec les maxillaires ; nous envisagerons l'arcade coronaire, l'arcade radiculaire, l'arcade totale.

I. ARCADE CORONAIRE. — Les arcades coronaires, en relations normales entre elles, présentent des rapports anor-

maux avec les maxillaires et par conséquent avec la face, lorsque les dents antérieures sont en antéversion ou rétroversion, tandis que les dents postérieures sont en mésioversion ou distoversion et nous appellerons :

1° *Mésio-antéversion coronaire bi-arcade l'inclinaison en avant de toutes les dents des deux arcades en rapports normaux entre elles (occlusion normale) les apex des racines occupant leurs positions normales* (fig. 21 A, 21 B).

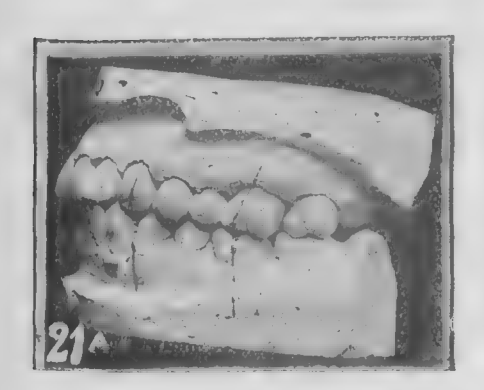




Fig. 21 A et 21 B. — Mésio-antéversion coronaire bi-arcade.
Classe I, Groupe 1, division 1, subdivision 1.

2° *Disto-rétroversion coronaire bi-arcade l'inclinaison postérieure de toutes les dents des deux arcades avec rapports occlusaux normaux, les apex des racines occupant leurs positions normales* (fig. 22A, 22B).

II. Arcades radiculaires. — Les arcades radiculaires peuvent être en rapports anormaux avec les maxillaires, les arcades coronaires étant en rapports normaux entre elles (occlusion normale) et nous appellerons :

1° *Mésio-antéversion radiculaire l'inclinaison en avant des racines de toutes les dents d'une ou des deux arcades en rapports occlusaux normaux.*

La mésio-antéversion radiculaire se subdivisera donc en :

1° Mésio-antéversion radiculaire d'une seule arcade.

2° — — — des deux arcades.

2° *Disto-rétroversion radiculaire l'inclinaison postérieure des racines de toutes les dents d'une ou des deux arcades en rapports occlusaux normaux* (fig. 23).

La disto-rétroversion radiculaire comprendra :

1° Disto-rétroversion radiculaire d'une seule arcade ;

2° — — — des deux arcades.

III. Arcades totales. — Les deux arcades peuvent être en rapports occlusaux normaux, mais en relations anormales avec les maxillaires, les dents étant en directions normales,

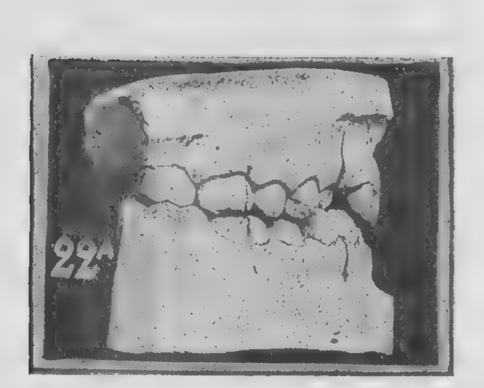




Fig. 22 A et 22 B. — Disto-rétroversion coronaire bi-arcade.
Classe I, groupe 1, division 1, subdivision 2.

mais projetées rectilignement (en masse) antérieurement ou postérieurement ; nous appellerons :

1° *Mésio-protrusion bi-arcade la projection rectiligne en avant de toutes les dents des deux arcades en rapports occlusaux normaux.*

2° *Disto-protrusion bi-arcade la projection rectiligne postérieure de toutes les dents des deux arcades, en rapports occlusaux normaux.*

Il ne faut pas confondre mésio-protrusion avec prognathisme, ou disto-rétrusion avec opisthognathisme, car la mésio-protrusion ou disto-rétrusion représente la position anormale de toute une arcade sur un maxillaire normal dans ses rapports avec la face.

Le second groupe de la 1re classe est formé par les arcades en rapports anormaux avec les maxillaires et en occlusions anormales entre elles. Il comprendra :



Fig. 23. — Disto-rétroversion radiculaire uni-arcade supérieure. Classe I, groupe 1, division 2, subdivision 2.

Fig. 24A, 24B, 24C. — Mésio-protrusion uni-arcade (supérieure) (compliquée d'opisthognathisme inférieur, respiration buccale avec obstruction presque totale de la cavité nasale).
Classe I, groupe 2, division 1, subdivision 1.

1° *La mésio-protrusion uni-arcade, lorsqu'il y a projection rectiligne en avant de toutes les dents d'une même arcade* (fig. 24), l'arcade opposée pouvant être normale ou présenter de l'antéversion coronaire des incisives et canines (fig. 25).

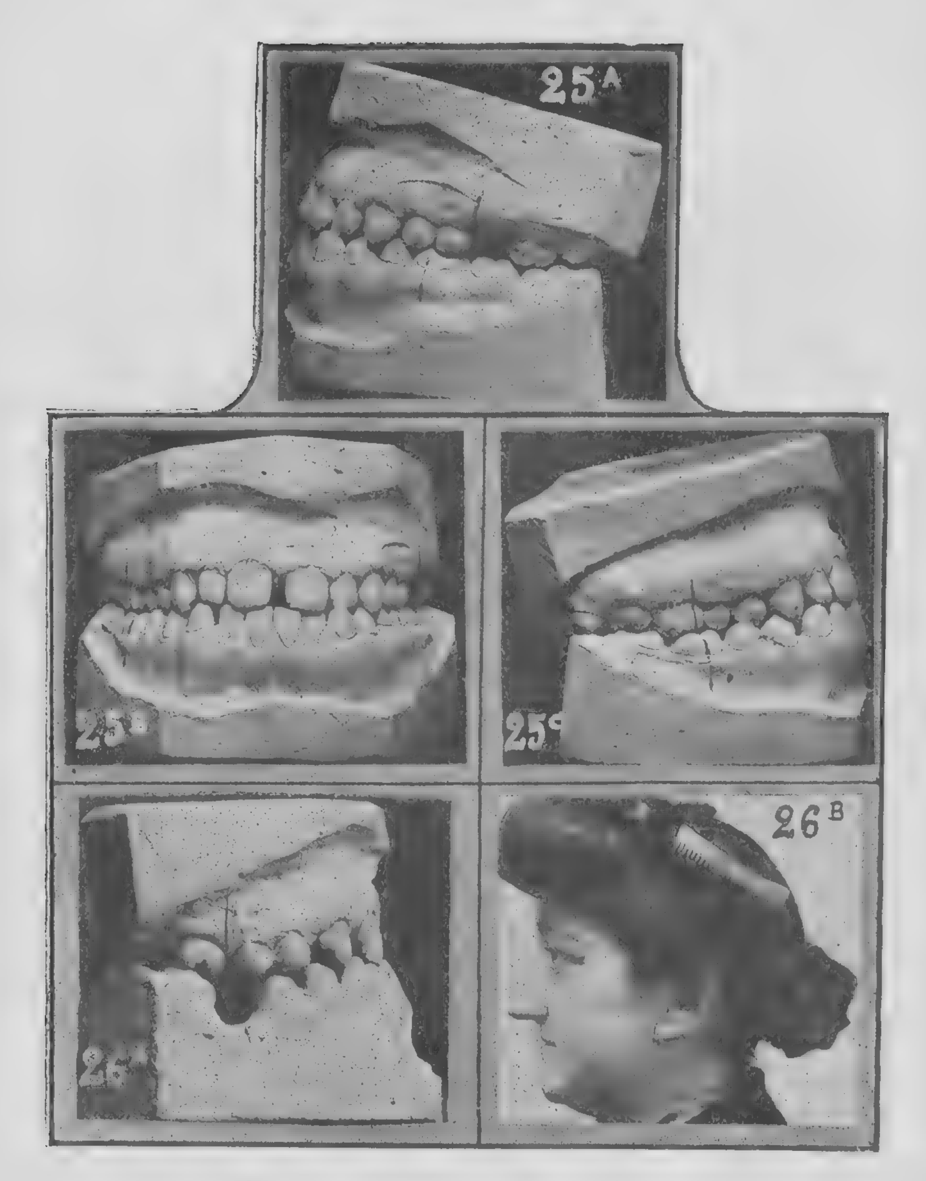


Fig. 25 A, B, C. — Mésio-protrusion uni-arcade (inférieure), ayant déterminé une mésio-antéversion coronaire supérieure, plus prononcée à gauche (25 A) qu'à droite (25 C).

Classe I, groupe 2, division 1, subdivision 1 (B).

Fig. 26 A et 26 B. — Disto-rétrusion uni-arcade (supérieure), ayant déterminé une disto-rétroversion coronaire inférieure.

Classe I, groupe 2, division 1, subdivision 2 (B).

2° *La disto-rétrusion uni-arcade, lorsqu'il y a projection rectiligne postérieure de toutes les dents d'une même arcade;* l'arcade opposée peut être normale ou présenter de la rétroversion coronaire des incisives (fig. 26).

Une arcade peut présenter de la mésio-protrusion, et l'arcade opposée, de la disto-rétrusion ; ces deux anomalies simultanées se rencontrent fréquemment, notamment chez les enfants chétifs, à respiration buccale, avec obstruction presque complète de la cavité nasale, cette anomalie est toujours accompagnée de contraction de l'arcade, ce qui est une des causes probables de la disto-rétrusion de l'arcade inférieure; ces cas se compliquent, chez les arriérés surtout, d'un manque de développement de la mandibule, qui présente de l'opisthognathisme ; nous appellerons donc :

3° *Mésio-protrusion et disto-rétrusion simultanées la projection rectiligne en avant d'une arcade, tandis que l'autre est en projection rectiligne postérieure* (fig. 27 A, B, C, D, E).

Ces anomalies sont dues à un déplacement antéro-postérieur d'une ou des deux arcades. Un déplacement latéral peut se présenter, il formera la deuxième division de ce groupe, c'est :

La mésio-distotrusion, anomalie due à la projection rectiligne vers la ligne médiane, mésiotrusion d'un côté de l'arcade, l'autre côté étant projeté vers la portion postérieure du maxillaire, distotrusion.

Rapports anormaux des maxillaires avec la face.

Les anomalies de rapport des maxillaires avec la face comprennent : le prognathisme, l'opisthognathisme, la diduction.

Les termes prognathisme, antéversion, protrusion, étant fréquemment confondus pour désigner une même anomalie, il me semble utile de définir et d'expliquer ce que nous devons entendre en orthopédie dentaire par prognathisme.

Prognathe (du grec πρὸ en avant ; γνάθος mâchoire) se dit des têtes humaines, des races, des individus où la



Fig. 27 A, B, C. — Mésio-protrusion et disto-rétrusion simultanée des deux arcades (arcade supérieure en mésio protrusion, tandis que l'arcade inférieure est en disto-rétrusion, suceur de pouce et de lèvre ; à noter la disto-rétrusion inférieure : l'arcade radiculaire inférieure est en disto-rétrusion de deux centimètres par rapport à sa position normale avec le corps du maxillaire.

Fig. 27 D et 27 E représentent un cas analogue moins prononcé. Classe I, groupe 2, division 1, subdivision 3.

proéminence des mâchoires constitue un trait caractéristique.

D'après Topinard, « le prognathisme désigne pour tout le monde, depuis Prichard, l'allongement et la proéminence des mâchoires, ou encore leur obliquité, habituelle dans les races noires d'Afrique et d'Océanie, et accidentelle chez les Européens. C'est de profil qu'on l'apprécie spontanément sur le vivant comme sur le crâne ; on abaisse par la pensée une perpendiculaire de la racine du nez ou de son épine antérieure, et suivant que la partie laissée en avant est plus ou moins considérable, on dit que le sujet est ou n'est pas prognathe. Rien de plus simple, et cependant, dans les auteurs, la dénomination se rencontre avec des acceptions variées. Les uns parlent du prognathisme de la race, les autres de celui des mâchoires ; d'autres même vont jusqu'à retrancher tout ce qui est au-dessous des narines, pour ne comprendre que la portion du maxillaire intermédiaire à la racine du nez et à l'épine nasale inférieure. Deux expressions destinées à être opposées à celle de prognathisme sont venues compliquer la question : les dents obliques sont prognathes, a-t-on dit, et les dents droites, orthognathes ; jusqu'ici c'était juste, mais le mot a été transporté à la face, où jamais aucune des lignes du profil n'est droite ; à plus forte raison, le troisième mot, opisthognathe pour désigner le cas où la ligne s'inclinerait en arrière, est-il faux [1] ».

Plus loin, Topinard dit (loc. cit.) : « Prognathisme vrai. Tout autrement faut-il considérer le prognathisme alvéolo-sous-nasal, intéressant à la fois la portion du maxillaire sous-jacente à l'épine nasale qui répond à la voûte palatine, et la suivante, dans laquelle sont creusés les alvéoles. C'est à lui exclusivement que doit être réservé le terme de prognathisme, ou, dans un sens plus général, de prognathie. »

Les anthropologistes ont pour objet, d'après la définition de Broca, « l'étude du groupe humain, considéré dans son ensemble, dans ses détails et dans ses rapports avec le reste de la nature ».

---

1. *Topinard*, L'anthropologie (Bibliothèque des sciences contemporaines).

« L'anthropologiste considère l'homme dans son ensem-
» ble en tant que groupe, dont il veut connaître les diffé-
» rences et les analogies avec les groupes voisins les plus
» semblables de la classe mammifère et des variétés hu-
» maines communément appelées races. » (Topinard).

Il en est de même du crâniologiste qui compare, non pas un crâne, mais un groupe de crânes et qui, lorsqu'il emploie le terme prognathisme, veut dire la forme proéminente du maxillaire dans un groupe d'hommes (caractéristique de certaines races) ou en général cette forme normale du maxillaire chez l'homme par rapport aux autres espèces animales.

Il n'en est pas ainsi pour nous, orthopédistes : l'homme est prognathe, oui, nous l'admettons parfaitement, mais nous disons que cette prognathie (j'emploie ce terme à dessein) existe à des degrés différents et nous appelons *prognathisme l'exagération de la proéminence ou de l'allongement normal des mâchoires.*

Nous pourrions donc définir le prognathisme : *l'exagération de la prognathie.*

Nous ne pouvons pas comme les anthropologistes admettre une mesure moyenne de l'angle du prognathisme. Nous dirons : *il y a prognathisme*, et cela signifie, il y a anomalie, *lorsque le profil du malade est altéré par une proéminence exagérée d'un ou des deux maxillaires. L'opisthognathisme* (du grec ὄπισθεν, en arrière ; γνάθος, mâchoire) *est dû au manque de proéminence ou d'allongement des mâchoires, c'est la réduction de la prognathie* et nous dirons qu'*il y a opisthognathisme lorsque le profil du malade est altéré par le manque de proéminence d'un ou des deux maxillaires.*

Le profil étant la base de diagnostic du prognathisme et de l'opisthognathisme, il nous faut étudier celui-ci avec beaucoup de soin, sur des photographies comme sur le malade, car il est quelquefois difficile de différencier le prognathisme d'un maxillaire de l'opisthognathisme du maxillaire opposé ; assez fréquemment les deux conditions se présentent simultanément chez le même malade ; d'autres fois,

le facies général du malade, le caractère particulier de sa physionomie, veut que l'un des maxillaires soit en prognathisme, et nous devons agir avec art pour éviter de détruire le caractère spécial, au détriment de l'esthétique générale du malade.

Le prognathisme ne devra pas être confondu avec la mésio-protrusion, celle-ci étant due à une anomalie de rapport des arcades avec les maxillaires, formée par la projection rectiligne en avant de toute l'arcade sur le maxil-

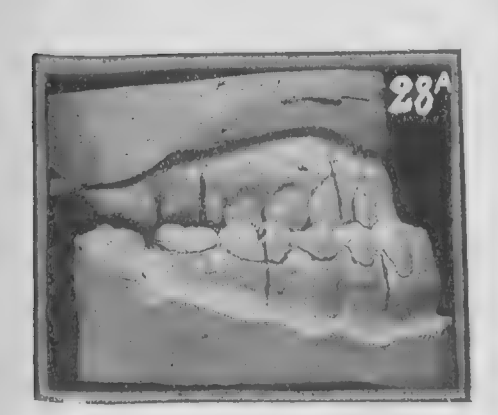




Fig. 28 A et 28 B. — Prognathisme uni-maxillaire (inférieur).
Classe II, groupe I, division I, subdivision I.

laire qui, lui, est normal dans ses rapports avec la face. Le prognathisme ne devra pas non plus être confondu avec la mésio-antéversion, qui est l'inclinaison en avant de toutes les dents d'une arcade ; la mésio-antéversion coronaire est une anomalie de rapport des arcades coronaires entre elles ; la mésio-antéversion radiculaire est une anomalie de rapport des arcades radiculaires avec les maxillaires.

Pour la même raison opisthognathisme ne devra pas être confondu avec la disto-rétrusion ou la disto-rétroversion.

Les anomalies dues à des rapports anormaux des maxillaires avec la face forment la deuxième classe de l'orthopédie dentaire ; comme la première, elle se divise en deux groupes.

Le premier groupe comprend deux divisions, la première concerne les rapports antéro-postérieurs anormaux des maxillaires avec la face : ce sont :

1° *Le prognathisme uni-maxillaire, un seul des maxillaires étant proéminent par rapport à la face* (fig. 28).

2° *L'opisthognathisme uni-maxillaire, un seul des maxillaires n'étant pas suffisamment proéminent par rapport à la face* (fig. 29).

Enfin l'un des maxillaires pouvant être en prognathisme, tandis que l'autre est en opisthognathisme, nous appelons :

3° *Prognathisme et opisthognathisme simultanés la proéminence exagérée de l'un des maxillaires, l'autre ne l'étant pas suffisamment par rapport aux autres parties de la face* (fig. 29) ;

Les mouvements amenant la séparation des plans de contact normaux du maxillaire inférieur et des dents peuvent se faire : 1° dans le sens antéro-postérieur (propulsion, rétropulsion) ; 2° dans le sens de la hauteur (élévation, abaissement) ; 3° dans le sens latéral (diduction).

Dans le sens antéro-postérieur, la propulsion et la rétropulsion sont secondaires (pas de modifications osseuses au niveau de l'articulation temporo-maxillaire) fig. 19^A, 19^B et 19^C, ou permanente (avec modification de la cavité glénoïde) ; dans ce second cas nous les classons parmi les prognathismes et opisthognathismes respectivement.

Ces considérations m'amènent à faire remarquer que le prognathisme peut être dû :

1° A une malformation primitive du maxillaire (fig. 28^A et 28^B) ;

2° A une malformation secondaire du maxillaire ou de la cavité glénoïde consécutive à une malocclusion.

Dans ces deux cas nous avons *prognathisme réel* par opposition à la propulsion secondaire (fig. 19).

De même l'opisthognathisme peut être dû :

1° A une malformation primitive du maxillaire (fig. 29^A et 29^B) ;

2° A une malformation secondaire du maxillaire ou de la cavité glénoïde consécutive à une malocclusion, à une

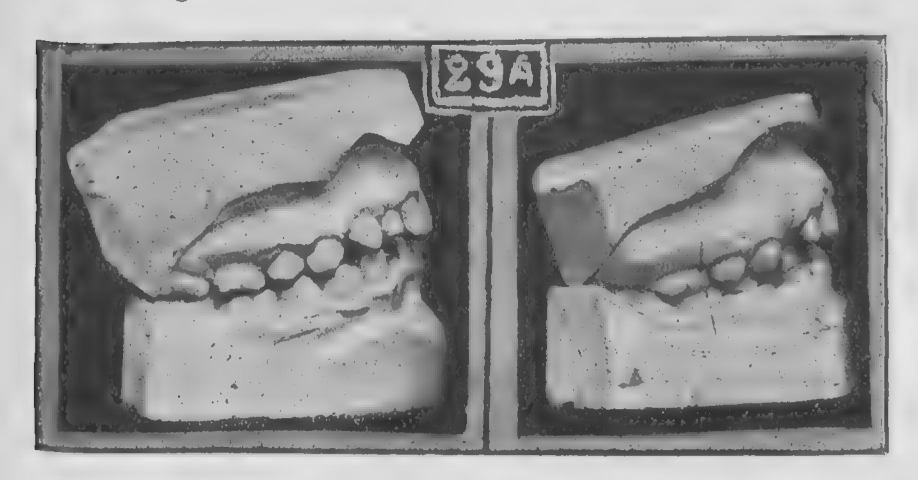




Fig. 29A et 29B. — Opisthognathisme uni-maxillaire (inférieur), (à noter les rapports normaux des molaires avant l'intervention qui fut faite pour corriger la rétroversion coronaire des incisives inférieures). Le modèle de droite montre le cas avant, celui de gauche après l'intervention ; l'arcade inférieure après correction de la rétroversion coronaire des incisives est normale par rapport à l'arcade supérieure, l'opisthognathisme est dû dans ce cas au manque de développement de la symphyse du menton.

Classe II, groupe 1, division 1, subdivision 2.

contraction d'arcade (fig. 24 A et 24 B), à des habitudes vicieuses (suceurs de pouce, de lèvre) (fig. 27 A, 27 B et 27 C).

L'opisthognathisme est toujours réel.

Mais que le prognathisme ou l'opisthognathisme soient primitifs ou secondaires, le traitement étant exactement le même dans chacun de ces cas, je n'ai pas cru devoir faire deux divisions de ces anomalies.

Le mouvement amenant la séparation des plans de contact normaux des maxillaires et des dents dans le sens de la hauteur ne peut être considéré anormal que s'il est causé par une surocclusion ou une inocclusion, anomalies que nous avons classées en orthodontie dans le troisième groupe de la troisième classe (malocclusion).

Le mouvement amenant la séparation des plans de contact normaux du maxillaire et des dents dans le sens latéral est appelé en physiologie dentaire : *diduction*, du latin *diducere* (conduire çà et là). Il est bon de noter que le mouvement dit de diduction n'est pas un mouvement parallèle latéral du maxillaire, mais un mouvement de rotation autour d'un condyle, provoquant : 1° le déplacement de la ligne médiane ; 2° une occlusion mésio-linguale inférieure sur un côté ; 3° une occlusion vestibulaire de l'autre côté (celui dont le condyle a servi de centre de rotation). Ce terme de diduction, quoique général, est donc bien déterminé en physiologie dentaire, déplacement latéral rotatif, c'est pourquoi j'ai cru utile de le conserver en orthopédie dentaire pour indiquer les anomalies de rapport des maxillaires avec la face dans un sens latéral. Nous appellerons donc :

Diduction la projection latérale du maxillaire qui semble avoir pivoté sur une de ses extrémités postérieures. Cette anomalie ne se rencontre qu'au maxillaire inférieur (fig. 30 A, 30 B et 30 C).

La diduction forme la deuxième division du premier groupe de l'orthopédie dento-faciale (2e classe).

Dans le premier groupe l'occlusion est toujours anormale. Au contraire dans le second groupe de cette classe, formée par le prognathisme ou opisthognathisme bi-maxillaires, l'occlusion est normale, les deux maxillaires étant en rapports normaux entre eux, mais anormaux avec le reste de la face ; ce groupe comprend :

1° *Le prognathisme bi-maxillaire; les deux maxillaires présentent une exagération de leur proéminence ;*

2° *L'opisthognathisme bi-maxillaire; les deux maxil-*

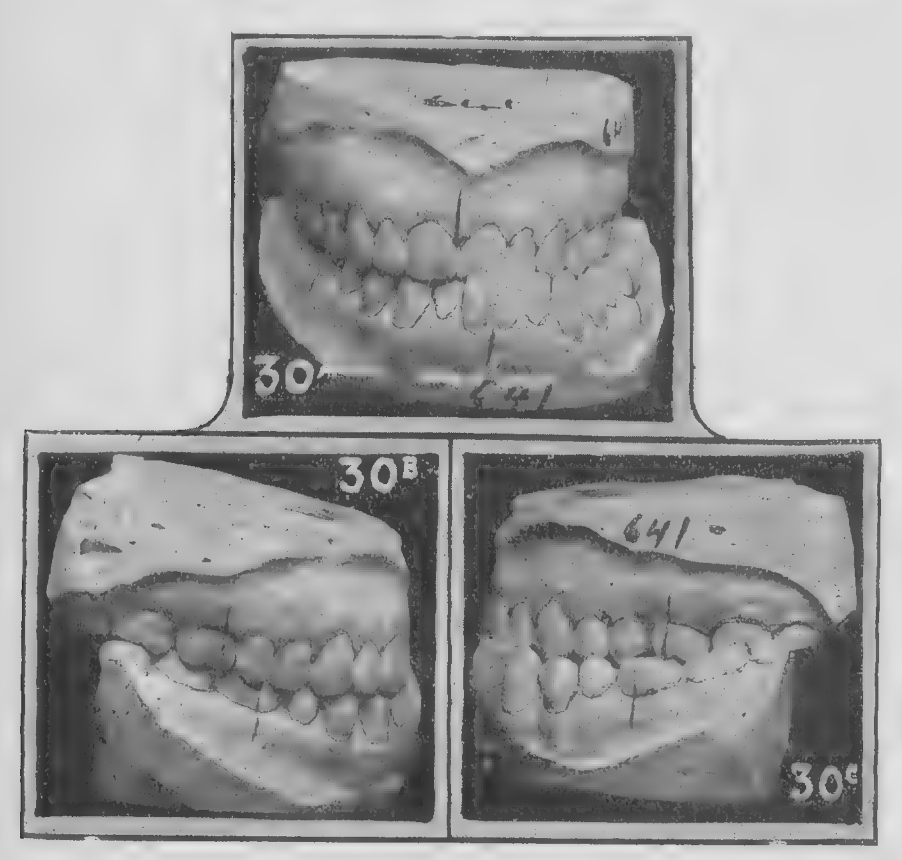


Fig. 30. — Diduction inférieure (la mandibule s'est déplacée latéralement à gauche ; à noter : fig. 30A le déplacement de la ligne médiane à gauche ; fig. 30B le déplacement mésio-lingual très prononcé, le condyle droit ayant décrit un mouvement de propulsion et d'abaissement, tandis que sur le côté gauche le déplacement est presque exclusivement vestibulaire, le condyle ayant fait un mouvement de rotation avec léger abaissement et par conséquent légère propulsion).

Classe II, groupe 1, division 2.

laires présentent une insuffisance de leur proéminence normale.

Le prognathisme et l'opisthognathisme bi-maxillaires forment plutôt le caractère de certaines races et peuvent rarement être considérés comme anomalies ; leur traitement n'est

du reste jamais indiqué, nous ne pouvons les diagnostiquer que chez des individus ayant atteint un âge trop avancé pour nous permettre de tenter une transformation osseuse aussi importante, même à l'aide de la force occipitale que je n'ai pas encore indiquée et qui est employée pour la correction de certaines anomalies de l'orthopédie dento-faciale (mésio-antéversion et mésio-protrusion bi-maxillaire, prognathisme).

*
* *

Dans tout ce qui précède je n'ai envisagé que les *anomalies simples,* c'est-à-dire celles dans lesquelles un seul des rapports normaux se trouve modifié ; mais plusieurs de ces anomalies simples peuvent se présenter simultanément chez le même sujet, les unes pouvant être la cause des autres, ce sont les *anomalies complexes.* Pour classer ces dernières nous énumérerons d'abord l'anomalie initiale. La classification que je présente étant basée sur les rapports des diverses parties que nous sommes aptes à corriger, nous exposerons le cas à traiter dans l'ordre suivant :

1° Rapports des maxillaires avec la face. { Maxillaire sup. / Maxillaire inf.

2° Rapports des arcades avec les maxillaires :

A. — Arcades totales. . . . { Arcade supérieure. / Arcade inférieure.

B. — Arcades radiculaires . { Arcade supérieure. / Arcade inférieure.

C. — Arcades coronaires. . { Arcade supérieure. / Arcade inférieure.

3° Rapports des arcades coronaires entre elles . . . . { Arcade sup. / Arcade inf.

4° Rapports des dents entre elles (forme des arcades) . . . . { Arcade sup. / Arcade inf.

Je citerai, comme exemple d'anomalies compliquées, le cas présenté aux figures 24 A, 24 B et 24 C.

A. — Exposé clinique :

1° Rapports des maxillaires avec la face.	Maxil. sup. normal. Maxil. inf. opisthognathisme.
2° Rapports des arcades avec les maxillaires.	Arcade sup. en mésio-protrusion. Arcade inf. normale.
3° Rapports des arcades entre elles.	Arcade sup. mésiale. Arcade inf. distale, surocclusion des incisives et canines.
4° Rapports des dents entre elles (forme des arcades).	Contraction ; |2 rotation, |3 intrusion. Contraction, 3, 2, 1| |1, 2, 3 extrusion.

Toutes ces anomalies sont connexes et dépendantes d'une anomalie causale, la contraction de l'arcade supérieure due à l'obstruction presque complète de la cavité nasale de cette malade; le diagnostic étiologique se résumerait ainsi :

Respiration buccale chez sujet débile ayant déterminé la contraction avec mésio-protrusion de l'arcade supérieure, provoquant la contraction et surocclusion partielle de l'arcade inférieure avec arrêt de développement de ce maxillaire ou modification de l'articulation temporo-maxillaire.

Si nous classons ces anomalies suivant l'ordre d'intervention qu'elles nécessiteront, nous dirons qu'il y a : surocclusion partielle antéro-inférieure ; contraction bi-arcade, mésio-protrusion supérieure, opisthognathisme inférieur.

(Les anomalies portant sur les dents individuellement peuvent être énumérées de la façon suivante : |2 en rotation, |3 en intrusion, 3, 2, 1| en extrusion, etc.)

*
* *

Je me suis, dans ce travail, inscrit en faux contre la base de la classification d'Angle (dent de 6 ans supérieure), clas-

sification que je considère comme incomplète, quoique l'estimant la meilleure des anciennes. J'ai nié certaine classe de Case dont la classification me semble imprécise et insuffisante; j'ai modifié certains termes employés actuellement, j'en ai créé quelques nouveaux, à l'aide des anciens autant que j'ai pu. J'ai coordonné et classé les termes employés dans les classifications de Gaillard, Magitot, Godon, Angle et Case ; j'ai enfin établi une classification, basée sur les rapports entre eux des divers organes que nous sommes appelés à traiter.

Je présente cette étude sans prétention, mais avec le désir sincère de me rendre utile en soumettant à mes confrères non pas un travail définitif, mais une base d'étude.

Si je n'ai réussi qu'à coordonner et définir les termes que nous employons, j'estimerai ne pas avoir travaillé en vain, si mince que soit mon tribut, car, quoique parlant tous le français, nous ne nous comprenons pas lorsque nous traitons ensemble l'orthopédie dentaire ; il semble que pour cette science, suivant l'école ou la classification que nous avons adoptée, nous parlions une langue différente. Le langage orthopédique variant avec chaque auteur, il est grand temps que nous l'unifiions et qu'enfin nous parlions tous une même langue claire et précise [1].

---

1. Je dois à l'obligeance de MM. I.-B. Davenport et E. Sauvez les modèles représentés fig. 1, 5, 6, 14 et 30 et je tiens à les remercier bien vivement d'avoir mis leurs collections de moulages à ma disposition, et facilité ainsi ma tâche.

ÉTUDE COMPLÉMENTAIRE SUR L'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE

Par M. PPOST-MARÉCHAL,
Médecin-major de 1re classe,
Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris.

(*Suite et fin* [1].)

Est-ce à dire qu'il faille qu'au cours de sa carrière le médecin militaire se prive d'étudier de préférence certaines questions qui présentent plus d'attrait pour son esprit et son action technique? Dieu me garde d'une semblable pensée, et chez tous ceux, très nombeux parmi les médecins militaires, qui ont gardé des habitudes de travail on constaterait après vingt années de carrière une compétence plus particulière sur certains points de la pratique médicale. Il faut se réjouir de la floraison de ces compétences spéciales parce qu'elles sont utilisées heureusement en maintes circonstances et qu'en même temps elles se sont progressivement créées sans préjudice pour la continuation des études de médecine générale.

L'on peut souhaiter même de voir attribuer les grandes garnisons à ceux d'entre les médecins militaires qui ont acquis en art dentaire des compétences confirmées par l'obtention d'un diplôme technique, ce serait un encouragement à travailler dans cette voie, et l'on pourrait ainsi confier de la sorte la direction des importants services des fortes garnisons à des médecins plus aptes, plus écoutés que nos aides-majors, qui n'auront, eux, en sortant du Val-de-Grâce que le bagage de leur quinze séances de clinique. Ce serait avancer facilement l'échéance à laquelle nos soldats pourront bénéficier de la nouvelle organisation, puisque celle-ci dépend du développement de l'instruction spéciale nécessaire aux médecins militaires autant que des crédits votés chaque année.

---

1. V. *L'Odontologie* du 28 février 1909.

Il conviendrait de revenir sur l'instruction technique à donner aux médecins militaires.

Si cette instruction reste aussi limitée par le temps que les médecins stagiaires du Val-de-Grâce peuvent y consacrer (quinze séances de clinique), si après la sortie de l'école elle n'est pas poursuivie, je crois qu'elle sera insuffisante pour permettre aux médecins militaires de donner aux malades d'autres soins que les soins d'extrême urgence ; la part de direction médicale des services dentaires se réduira pour la plupart du temps à assumer la responsabilité.

M. Monod a comme moi pensé qu'il conviendrait que [1] l'Ecole de Lyon fût pourvue pour les élèves d'une clinique dentaire d'instruction ; ce serait une amélioration très certaine.

Cette instruction nécessaire aux médecins militaires pour que leur direction fût effective, pour qu'ils fussent réellement à même d'apprécier et d'utiliser la valeur des chirurgiens-dentistes mis à leur disposition, aurait besoin d'être faite d'après un programme très étudié. Il serait désirable, à mon avis, que ce programme ne fût pas le fruit des méditations d'une Commission entièrement composée de médecins militaires, fussent-ils choisis parmi les plus distingués et les plus érudits. La question est assez complexe, assez délicate pour que l'on doive souhaiter de voir l'autorité militaire faire appel à l'expérience qu'ont de cet enseignement très spécial les directeurs de nos Ecoles dentaires ; il ne pourrait en résulter qu'une meilleure détermination de la durée nécessaire de cet enseignement et une meilleure utilisation des heures qui y doivent être consacrées.

Après avoir reparlé des médecins militaires, il nous faut revenir aussi sur le personnel « chirurgiens-dentistes ». J'ai cru pouvoir affirmer dans mon premier travail que le nombre des chirurgiens-dentistes incorporés chaque année serait environ de 150. J'avais fait une enquête cependant sérieuse dans les facultés de médecine, mais je dois à la vérité de

1. Monod, *Loco citato*, page 106.

dire que le recrutement l'an dernier m'a procuré une déception. Je me demande si les dentistes n'ont pas dissimulé leur profession où leurs titres pour éviter d'être incorporés dans les sections d'infirmiers, avec l'espoir, un peu justifié jusqu'à présent, de trouver plus de satisfaction actuellement dans les armes combattantes ; je sais que l'armée coloniale en a accaparé quelques-uns, que d'autres n'ont pas craint d'accepter par un engagement un plus long séjour sous les drapeaux que le temps légal pour obtenir des garnisons de leur choix. Toujours est-il qu'en 1908 les 24 sections d'infirmiers ont reçu 42 dentistes du service armé et 8 du service auxiliaire, chiffres officiels. Faut-il conclure de là à l'impossibilité d'assurer le service avec ce personnel réduit ? Il faut attendre le rendement de cette année pour porter un jugement plus justifié. En tout cas, on peut affirmer que même avec ce chiffre on pourrait faire de bonne besogne si les crédits affectés cette année à cette organisation nouvelle étaient moins misérables ; on peut affirmer même sans crainte que le personnel « chirurgiens-dentistes » provenant du recrutement pourra pendant longtemps suffire en raison de la parcimonie et de la lenteur que nous aurons à subir dans l'allocation des crédits destinés à l'achat du matériel. Nous ne sommes que trop habitués à voir hélas les demandes cependant si souvent indispensables faites par le service de santé, recevoir satisfaction... après celles des autres services, longtemps après [1].

Des jugements divers ont été portés sur la valeur du rendement du chirurgien-dentiste incorporé. Je n'ose citer à ce propos certaines phrases du travail remarquable de M. Siffre sur le service dentaire dans l'armée coloniale, je craindrais en les citant ainsi isolées de dénaturer sa pensée ; il m'apparaît cependant qu'il a une médiocre confiance dans la valeur des chirurgiens-dentistes au lendemain de la con-

1. La Commission du budget de la Chambre de cette année, par exemple, a diminué de 30.000 francs un crédit de 132.000 francs demandé pour achat de *médicaments* et de matériel (page 147 du rapport sur le budget de la guerre) de M. le député Gervais.

quête de leur diplôme, c'est-à-dire, pour beaucoup d'entre eux, au moment de leur incorporation. Je crois que si l'on veut bien considérer que la plupart des praticiens en renom ont cependant comme opérateurs de jeunes chirurgiens-dentistes fraîchement diplômés, il faudra convenir que ce qui suffit pour la clientèle de cabinet peut suffire pour le soldat du moment que dans l'armée pas plus que dans la fonction d'opérateur civil le chirurgien-dentiste ne sera laissé à son initiative complète ; le médecin, responsable du service, préparé à cette besogne de surveillance et de direction, pourra toujours limiter cette initiative.

Du reste d'ici peu de temps la valeur des chirurgiens-dentistes va s'augmenter indiscutablement par l'application du nouveau décret du 11 janvier 1909 portant à 5 ans la durée des études dentaires.

En attendant, nous devons constater que, sans leur concours, les services dentaires militaires ne pourraient pas fonctionner. Ce sont eux qui sont les véritables exécutants, les véritables ouvriers de cette bonne œuvre. Il y aurait injustice à ne pas le reconnaître et je suis certain que partout où il y a un embryon d'organisation de service dentaire militaire, il y a un chirurgien-dentiste qui fait la grande besogne, le médecin militaire n'étant que le metteur en mains, le guide protecteur de sa bonne volonté. Les occupations de toute sorte imposées au médecin militaire sont trop variées, trop nombreuses pour lui permettre de faire par lui-même du traitement dentaire de longue durée, fût-il suffisamment instruit pour le faire. Les quelques résultats déjà obtenus n'ont pu l'être partout que grâce à l'heureuse collaboration du médecin militaire et du chirurgien-dentiste qui ont appris ainsi en se fréquentant en travaillant en commun à s'apprécier et à s'estimer.

Il n'y a pas évidemment que des éloges à donner à ces jeunes recrues ainsi intronisées du jour au lendemain dans une fonction en somme assez sérieuse, qui, mal exercée, peut avoir une répercussion fâcheuse sur la discipline ; mais il ne faut pas oublier leur âge, et pour être dentiste ou

étudiant en médecine, on n'est pas sacré homme grave à 21 ans. On peut tirer beaucoup de leur savoir et de leur bonne volonté si l'on veut bien s'y employer.

Quel est le stimulant que l'on pourrait souhaiter à l'activité du chirurgien-dentiste incorporé? Tout d'abord il serait désirable que les écoles dentaires fournissent au Ministère de la Guerre les notes techniques et morales de scolarité de tous ceux qu'elles ont formés, au moment où ceux-ci sont appelés sous les drapeaux [1]. Cela permettrait le classement de ces recrues dans des postes en rapport avec leur valeur, en vue d'une meilleure utilisation de leurs concours. Il faudrait, une fois incorporé dans une section d'infirmiers, que le dentiste y fût *confiné* dans ses attributions spéciales après *le stage chirurgical* dont je parlerai tout à l'heure. Par les confidences d'un certain nombre d'entre eux, beaucoup sont employés à des besognes très diverses comme tous les infirmiers de la catégorie dits de *visite* dont ils obtiennent le titre après examen. Il faudrait qu'il fût bien prescrit une fois pour toutes que ces infirmiers spéciaux ne seront utilisés qu'à leur fonction de dentiste, qu'ils ne devront prendre du service général que les tours de garde de nuit, dont on ne saurait les dispenser, sans injustice à l'égard de leurs camarades. Ils devront participer aussi aux exercices de brancardier et d'embarquement, en vue de leur utilisation spéciale à la mobilisation.

La presse professionnelle, les Congrès même ont exprimé le désir et l'espoir de voir relever la condition morale du soldat dentiste en lui permettant d'accéder rapidement à certains grades comme l'étudiant en médecine. Ce désir paraît très légitime et semble plus justifié encore après le récent décret qui va provoquer le relèvement du titre et de la valeur des chirurgiens-dentistes. Ne rien faire pour les dentistes serait s'exposer à les décourager et à les voir fuir les charges de leur fonction si utile à nos soldats, pour rechercher, comme cela vient de se produire pour l'un d'eux, le titre

---

1. Ce vœu a déjà été formulé heureusement le 3 août 1900 au 3e Congrès dentaire international de Paris.

d'officier d'administration de réserve. Il est inadmissible que nous perdions ainsi de propos délibéré le concours de ces techniciens assez instruits en médecine pour nous rendre à la mobilisation de non moins précieux services d'ordre médical qu'en temps de paix. M. Monod a déjà publié dans ce journal l'an dernier[1] un travail dont l'ensemble atteste une grande communauté de vues entre lui et moi sur ce chapitre, dont je ne fais ici que poursuivre l'étude.

Le problème du relèvement de la condition militaire du dentiste incorporé est difficile à résoudre, car qui dit grade dit fonction de commandement. Il arrive en effet que dès qu'un dentiste conquiert des galons, c'est pour prendre la direction d'un service spécial qui l'éloigne du cabinet dentaire. On conçoit mal des galons sans attributions de commandement correspondant. Il serait désirable de trouver, pour ces sortes de services composés d'un personnel d'exécutants isolés, un *insigne de fonction,* donnant à ceux-ci, suivant leur mérite, la situation morale et les prérogatives militaires, la solde exceptée, des grades successifs conquis par les combattants pendant leurs deux années de service ; ces prérogatives ne pourraient être effectives qu'en dehors des heures de service, d'ordre tout moral par conséquent, ce seraient de véritables galons *en puissance* qui ne troubleraient en rien, pour le service, la hiérarchie et n'alourdiraient pas le budget. Si l'on voulait s'en tenir à la conception simple et défendable du galon commun, on serait souvent fort gêné pour récompenser le personnel, en raison de la limitation budgétaire et militaire du nombre des gradés des sections d'infirmiers ; ces grades sont en effet déjà trop peu nombreux pour assurer l'ordre dans nos services généraux hospitaliers.

S'il semble difficile d'obtenir cette innovation des *insignes de fonction,* avec assimilation aux grades de sous-officiers réduite aux prérogatives morales, en temps de paix, faisons à la catégorie des dentistes sans comman-

---

1. *Odontologie,* 30 avril 1908, page 339.

dement en temps de paix l'attribution, à titre de récompense, d'un certain nombre de places de caporaux, sergents et adjudants, places dont le nombre serait limité et en rapport avec les besoins indiscutables de cadres subalternes pour notre service en temps de guerre. Cette attribution serait peut-être facilement obtenue des Chambres si elle n'entraînait pas les frais de solde de ces grades, s'il était entendu que cette catégorie se contenterait de la solde de la troupe en temps de paix.

L'autorité médicale, pour améliorer les conditions de traitement de nos malades, a dû provoquer cette année la création d'une catégorie d'infirmiers rengagés à haute paye (appelés maîtres-infirmiers) destinés à seconder utilement les gradés insuffisants en nombre, tout en donnant leurs soins aux malades. Peut-être pourrait-on trouver dans cette voie des satisfactions pour nos dentistes méritants. Voici comment:

Dans les projets à l'étude au Ministère de la Guerre se trouve entre autres un projet de refonte de notre règlement sur le service de santé en campagne. Ce projet vise à la création d'un très grand nombre de petites formations sanitaires interchangeables très mobiles, destinées à apporter plus rapidement des soins chirurgicaux à nos blessés. Chaque formation aura à instituer un certain nombre d'équipes d'infirmiers panseurs qui ne fourniront le rendement espéré qu'à la condition que le travail de ces équipes soit très bien *commandé*, bien *guidé*, bien *surveillé* et bien *exécuté*. Le personnel « médecins » sera sûrement accaparé par des soucis plus importants que celui de cette organisation et de cette surveillance du personnel subalterne. Les sous-officiers seront en trop petit nombre pour cette besogne, les médecins auxiliaires appartenant tous au service régimentaire, on peut être certain d'avance qu'un gradé de plus ayant rang d'adjudant ne pourrait qu'apporter au bon ordre, si nécessaire dans ces heures critiques, un concours intelligent qu'on trouverait sûrement chez les dentistes ; ceux-ci éventuellement reprendraient leurs fonctions de den-

tistes dans ces formations sanitaires quand le besoin s'en ferait sentir. Il suffirait de doter les formations d'une boîte dentaire de soins d'urgence.

Les Allemands, eux aussi, utilisent les dentistes à la mobilisation, mais dans leur spécialité seulement. Chaque corps d'armée allemand est pourvu *d'un* seul dentiste faisant partie de la *réserve du personnel;* ce technicien est convoqué dans les différentes formations sanitaires chaque fois qu'on a besoin de lui. Il est à craindre qu'il ne soit jamais nulle part, devant être partout à la fois. La solution que je propose d'adopter aurait sur la manière allemande l'avantage d'utiliser le dentiste d'une façon plus certaine, sinon comme dentiste, du moins comme *agent médical* de commandement et d'exécution, au lieu de lui faire perdre son temps en allées et venues.

Il suffirait pour les préparer à ce rôle de mobilisation de leur demander de subir l'examen de maître-infirmier dès les premiers mois de l'incorporation après l'examen qui les classe infirmiers de visite. Le diplôme de maître-infirmier serait exigé d'eux pour obtenir *cet insigne de fonction* susceptible d'assimilation en temps de paix aux grades de caporal et de sergent, ou les galons mêmes de caporal, sergent et adjudant, mais avec les prérogatives militaires, solde exceptée, y attachée.

Tout dentiste incorporé suivrait d'office un peloton d'instruction spécial, véritable *stage* dans les grands services chirurgicaux de nos hôpitaux militaires. Il conviendrait que cette instruction fût rapide, limitée à deux mois au plus, et dirigée de façon à permettre d'utiliser ce personnel à ses fonctions de mobilisation, c'est-à-dire aux fonctions *d'aides de chirurgie,* pour me servir de l'expression de M. Monod ; ces techniciens devront être confinés dès le premier janvier dans leur fonction de temps de paix, c'est-à-dire dans leur fonction de dentiste.

Il faudra, pour aboutir, que les associations professionnelles prennent contact avec l'autorité médicale militaire, en suivent les indications et poursuivent leur action du côté

du Parlement, s'il est nécessaire, ce qui est probable, de modifier sur ce point la dernière loi de recrutement de 1905. Pour favoriser la réalisation de ces espérances, il conviendra que les chirurgiens-dentistes incorporés n'oublient pas qu'ils portent un peu la responsabilité de mesures militaires qui seront prises à l'égard de leur corporation, que leur manière de servir, les services qu'ils rendront, l'estime qu'ils sauront mériter auront une grande influence sur les décisions prises. Ils sont véritablement « mis en expérience » en ce moment. Il importe donc que leurs maîtres, après les avoir instruits de leurs obligations déontologiques spéciales à ces fonctions militaires, ne les perdent pas de vue, qu'ils exercent sur eux une vraie tutelle morale par leurs bons conseils.

Matériel des services dentaires.

Dans ma première étude, je disais qu'il fallait donner à nos cliniques dentaires militaires une instrumentation, sinon luxueuse, du moins suffisante. Il ne sera pas fait de bon travail sans de bons instruments, et je ne crains pas de dire qu'on peut être certain de décourager le zèle des opérateurs si on leur donne un outillage médiocre.

Cette question du matériel a été envisagée sous des angles très différents ; comme elle se traduit par de l'argent et risque de retarder la mise en œuvre de ces nouveaux services, quelques-uns se sont laissés aller à proposer des installations ultra-modestes ; on a fait de la *surenchère au rabais,* là comme toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir quelques crédits d'une Administration. Les fournisseurs, le Syndicat des dentistes, M. Monod lui-même n'ont pas su résister à ce désir d'aboutir vite. Il importe en la matière de ne pas oublier que les installations qui seront faites traduiront d'une façon patente ce que peut administrativement notre Service de santé. C'est une innovation qui doit être à la hauteur du progrès moderne sous peine de déconsidérer notre service. Quand le service de l'Artillerie demande un nouvel armement, il ne va pas chercher du matériel dé-

modé, du matériel au rabais, il ne craint pas de demander ce qu'il croit nécessaire, et sait l'obtenir. On ne saurait admettre, au point de vue pratique comme au point de vue philosophique, que notre service de santé fût plus mal servi, lui qui demande du matériel destiné à la conservation des effectifs, au lieu de demander du matériel destiné à un but de destruction. Il faut de toute nécessité, pour l'honneur de notre corps, que ces services soient pourvus d'un bon matériel ; nous ne saurions nous retrancher derrière une question de crédits. Si ceux-ci sont limités, faisons-en un usage limité ; faisons bien ce que nous pourrons faire, faisons en nombre restreint de très parfaites installations susceptibles de donner des résultats ; ce sera la seule façon d'obtenir d'autres crédits. Il y a 21.000 francs cette année ; créons dans les grands centres de garnison quelques services dentaires en les dotant très complètement, en matériel et en personnel pour pouvoir permettre un jugement éclairé des résultats à attendre de ces innovations.

L'Ecole dentaire de Paris avait institué l'an dernier une commission d'études composée de professeurs pour établir quelle devait être l'instrumentation d'un cabinet dentaire en 1908. Ce travail a été heureusement achevé et publié dans ce journal[1]. Il donne la nomenclature du matériel du cabinet idéal et celle du matériel du cabinet du débutant, du jeune dentiste qui s'installe en 1908 ; en principe la commission a dans ses travaux recherché à n'indiquer au dentiste débutant que l'instrumentation susceptible d'être conservée dans la suite le jour où la clientèle lui aura fourni les ressources nécessaires à l'amélioration définitive, *idéale* de son cabinet. Les indications n'ont de valeur que pour 1908, elles devront être revisées de temps en temps, cela ne fait pas de doute. Il y a cependant là une source de données précieuses dans laquelle pourront puiser ceux qui ont la charge de constituer notre matériel dentaire militaire. Il paraît peu admissible que l'on fasse moins pour nos cli-

1. *Odontologie* du 30 juillet 1908.

niques dentaires que ne fait pour lui un dentiste qui s'installe. Du reste une commission mixte de médecins militaires et de dentistes civils (ceux-ci pris dans le personnel de nos Ecoles dentaires) pourrait avec avantage étudier la question de notre matériel. L'introduction des dentistes civils dans cette commission aurait l'avantage de donner du poids aux demandes de crédits formulées par le Service de santé, en supprimant l'objection facile à faire que les médecins militaires peuvent en la matière manquer d'une expérience suffisante[1].

La grande difficulté réside en effet dans l'obtention des crédits nécessaires. Il y aurait peut-être possibilité d'atténuer singulièrement le chiffre de ces crédits si le Service du contrôle montrait moins de rigueur dans ses principes d'administration. Les bonis des infirmeries ont collaboré pour une part assez importante à l'achat des bascules automatiques servant à la pesée bi-mensuelle des hommes, et aucun médecin ne s'est aperçu que le traitement de nos malades d'infirmerie en ait souffert. Pourquoi n'ouvrirait-on pas cette porte à l'initiative des médecins pour l'organisation des services dentaires ? La garnison que j'occupe serait à la veille d'avoir un superbe cabinet dentaire si j'avais été autorisé à solliciter le concours des bonis d'infirmerie de la garnison, pour une somme annuelle de 100 francs par infirmerie pendant trois ans.

L'expérience pourrait au moins être tentée dans les grandes garnisons.

D'un autre côté, ces cliniques sont appelées à donner des soins aux officiers qui le demanderont. Il serait légitime d'exiger de ceux qui viennent recevoir des soins une rémunération modeste dont le tarif pourrait être celui adopté par les Ecoles dentaires pour leurs clients non inscrits à l'Assistance publique. Ces officiers payent bien les bains médicamenteux et les médicaments qu'ils prennent à l'hôpital, les

---

1. Il y a à cela un précédent dans l'institution de la commission d'hygiène militaire qui comprend parmi ses membres plusieurs notabilités scientifiques civiles.

radiographies qu'il y font exécuter. Il n'y aurait là rien de nouveau, et l'on aurait ainsi une petite somme d'argent permettant l'entretien et l'amélioration du matériel des cliniques. Cette mesure opposerait un frein aux abus de la clientèle des officiers. Les cliniques installées dans quelques régiments aux frais des coopératives ne procèdent pas autrement pour pouvoir subsister.

Un dernier point au sujet du matériel. Il y aura fatalement des adjudications prescrites pour l'achat de l'instrumentation nécessaire. Il ne faut pas oublier qu'il y a là un gros danger pour la qualité réelle de cette instrumentation. Si les modèles proposés ne sont pas choisis avec grand soin par une Commission compétente, si la réception des objets livrés n'est pas surveillée par un médecin militaire idoine, nous aurons une instrumentation médiocre ; il n'existe en effet aucun autre outillage où la qualité dépend davantage *d'une nuance de forme* et de la valeur de la matière première. Il sera de toute nécessité de mettre un prix limité inférieur pour permettre aux bons fournisseurs de soumissionner, pour éviter, comme cela s'est déjà produit trop souvent, que nous n'ayons là encore en fait d'instruments que des rebuts de magasin. Enfin que l'on ne compte pas trop sur le matériel existant, dont la critique a déjà été faite très justement au Congrès dentaire de Bordeaux en 1895 et au Congrès dentaire de Nancy en 1896 ; il est presque complètement à remplacer, on ne pourra en utiliser que quelques daviers, assez médiocres d'ailleurs.

Je crois devoir arrêter ce travail sans formuler d'autres conclusions que celles que j'ai fournies dans ma première étude sur l'organisation des services dentaires dans l'armée. Comme je le disais en commençant, je n'avais en reprenant la plume que le dessein d'apporter des *précisions* et des développements aux idées que j'avais émises après les avoir vues s'affermir dans mon esprit, malgré les quelques objections trouvées dans différents travaux sur ce sujet.

Le lecteur sera assez bienveillant pour me pardonner les longueurs et les redites de cette étude. J'ai cru devoir appuyer un peu fortement sur des considérations qui m'avaient paru superflues lors de mon premier article. Je l'ai fait, car j'ai eu depuis la sensation que dans l'esprit de beaucoup de dentistes et même de médecins l'organisation projetée des services dentaires n'aurait à accomplir qu'une œuvre de thérapeutique banale, de soins d'urgence. J'ai pensé qu'il convenait au début de cette organisation de bien laisser comprendre à tous que ce qui devait prédominer avant tout dans cette organisation c'était la recherche du bénéfice hygiénique pour la collectivité militaire. J'ai essayé de montrer l'étendue de leurs devoirs à tous les chirurgiens-dentistes, à ceux qui sont incorporés comme à ceux qui offrent bénévolement leur concours de techniciens à l'armée; j'ai voulu leur faire comprendre la tâche et les lourdes obligations qu'ils devaient s'imposer, les difficultés qu'ils devront affronter et résoudre s'ils veulent réellement apporter à l'hygiène de l'armée un appui efficace, s'ils veulent bien mériter du pays et soutenir le bon renom de leur profession. Il faut souhaiter qu'ils ne perdent pas patience et courage devant l'immensité de la besogne qui leur est offerte; celle-ci sera singulièrement allégée dans quelques années, espérons-le du moins, quand les services dentaires scolaires, si heureusement organisés, auront accompli la tâche qui leur revient.

Si les dentistes considèrent qu'une organisation telle que je la conçois risquerait de léser leurs intérêts professionnels, qu'ils veuillent bien réfléchir que, quelle que soit l'activité déployée dans leur travail par les médecins militaires et les dentistes incorporés, mis à leur disposition, ceux-ci n'approcheront que de très loin de cet idéal qui consiste à mettre nos soldats à l'abri de toute affection tributaire de l'infection buccale, qu'il restera une besogne considérable, plus considérable à accomplir que celle d'aujourd'hui pour les praticiens. Que ceux-ci veuillent bien songer qu'au bout de quelques années de fonctionnement les services dentaires militaires auront disséminé sur tout le territoire des « *agents de ré-*

clame » de premier ordre et préparé le terrain de travail dans des centres modestes où des praticiens n'auraient pas trouvé à vivre auparavant. Il n'est point téméraire de prévoir que partout où vit un médecin pourra vivre un dentiste dans une dizaine d'années, quand nos soldats auront rapporté du régiment chez eux le désir de conserver par des soins continus le bien-être qu'ils auront tiré des cliniques dentaires militaires comme des soins reçus à l'école ; quand, devenus pères de famille, ces bénéficiaires du service militaire pourront être pour leurs proches des conseillers expérimentés et écoutés.

Si les instructions et notices à ajouter à notre règlement sur le Service de santé ne sont pas rédigées et suivies avec beaucoup de soin et de précision, si pendant les premières années il n'y a pas eu de contrôle exercé fréquemment par des médecins militaires spécialisés (et il en existe un nombre suffisant) sur cette organisation naissante, des abus et des déboires dans le rendement seront vite constatés.

Le large esprit de libéralisme qui anime aujourd'hui la Direction du service de santé militaire permet d'espérer qu'il sera fait appel aux compétences indiscutées des Directeurs des écoles dentaires reconnues d'utilité publique et des écoles dentaires d'État : ces compétences pourront être utilisées pour *préciser* le programme de l'enseignement technique à donner aux médecins militaires, pour arrêter le choix du matériel technique. Une entente s'établira aussi utilement entre le corps enseignant de ces écoles et l'autorité militaire au point de vue de la préparation scientifique et de la direction morale des jeunes chirurgiens-dentistes, futurs opérateurs de nos services dentaires. De cette véritable collaboration civile et militaire sortira l'impulsion heureuse qui donnera à cette organisation le rendement qu'on est en droit d'en espérer pour le plus grand bien de nos soldats et de la santé publique.

Souhaitons enfin qu'à titre d'encouragement soit mis le plus tôt possible à l'étude au Ministère de la Guerre le relèvement de la condition militaire des chirurgiens-dentistes.

REVUE ANALYTIQUE

Sur une statistique du cancer de la langue. — Oosporose buccale.

Sur une statistique du cancer de la langue.

La statistique de Ehrlich, rassemblée à la Clinique de son maître, le professeur von Eiselsberg, comprend 64 cas.

Pour ce qui est de l'étiologie, Ehrlich n'a observé qu'une seule femme sur 63 hommes. Presque tous étaient d'un *âge avancé*, la majorité ayant dépassé 60 ans. L'*hérédité cancéreuse* est difficile à établir sur des faits précis. L'influence *traumatique* est également malaisée à établir ; les morsures ou plaies dont parlent les malades ne sont généralement survenues que parce que la langue, déjà atteinte de cancer, était malhabile dans ses mouvements. La majorité des malades étaient des *fumeurs* ; mais, dans un seul cas, on put considérer cette cause comme vraiment efficace chez un malade dont les petites ulcérations linguales disparaissaient habituellement quand il cessait de fumer, reparaissaient quand il usait à nouveau du tabac, et dont une, n'ayant pu guérir par l'abstinence, se transforma en cancer. Quant à la *syphilis*, elle est très fréquente et est certainement une condition favorable au développement du cancer, puisqu'elle put être enrayée d'une façon indubitable dans 30 o/o des cas observés par Ehrlich.

Le diagnostic fut toujours facile. Dans un seul cas d'ulcération de la pointe on hésita quelque temps avec la *tuberculose*. Il est quelquefois plus malaisé de distinguer l'*ulcération gommeuse* de l'ulcération néoplasique. Ehrlich conseille de recourir, dès le début, à la biopsie qui donne rapidement la clef du diagnostic.

L'étendue du cancer fut la suivante. Dans près de la moitié des cas, la langue seule était atteinte ; dans un tiers des cas, le plancher de la bouche était envahi. Plus rarement l'infiltration s'étendait au voile, à l'amygdale, à l'épiglotte et à la mâchoire. Les *ganglions* sont très fréquemment atteints (83 o/o des cas) ; Ehrlich insiste sur ce fait qu'on ne les sent pas toujours. Les groupes de beaucoup les plus souvent atteints sont ceux de la région sous-maxillaire ; puis les ganglions cervicaux profonds. Dans 24 o/o des cas, il y avait envahissement ganglionnaire *bilatéral* ; c'est là un point important ; Ehrlich remarque que la bilatéralité est surtout fréquente dans les ulcérations du dos de la langue, car, là, le lingual supérieur est impair et médian, et les lymphatiques d'un côté communiquent avec ceux de l'autre côté, tandis que, pour les tumeurs profondes des bords de la langue, le septum lingual sépare les muscles et les vaisseaux en deux parties isolées.

Sur les 64 malades revus à la clinique, 51 furent considérés comme opérables et opérés. Ehrlich insiste sur l'utilité des *soins préopératoires* : extraction des dents malades, nettoyage de la bouche, traitement

antisyphilitique. La première partie de l'intervention consiste dans l'*extirpation complète des ganglions* sous-maxillaires et cervicaux, quels que soient les renseignements qu'a donnés la palpation du cou ; la glande sous-maxillaire est également extirpée. L'*extirpation de la langue* a été faite, soit par voie intra-buccale, quand le cancer était bien limité à la langue (22 cas), soit avec section médiane de la mâchoire inférieure, quand le plancher de la bouche était envahi (19 cas). Plus rarement Ehrlich fit la section latérale de la mâchoire, la résection d'un segment de celle-ci, ou l'incision jugale.

Les résultats des interventions radicales sont les suivants : sur les cinquante et un opérés, treize sont *morts rapidement après l'opération,* huit de complications pulmonaires, trois d'infection locale, deux d'ulcération de la carotide interne survenue le huitième jour par le fait de la sonde gastrique à demeure. Tous ces malades, sauf deux, avaient subi la résection médiane du maxillaire inférieur. Sur les trente-six malades *guéris de l'opération*, six ont été perdus de vue, vingt et un sont *morts de récidive.* La récidive atteint presque toujours les *ganglions* ; c'est donc là qu'est le point important pour l'opération ; ce sont les ganglions surtout qu'il faut extirper avec soin et dans une grande étendue. Il faut que le tissu cellulaire périvasculaire soit largement enlevé avec les ganglions ; enfin, comme la réaction se fait du côté opposé dans les cancers dorsaux, et, dans ceux qui ont dépassé la ligne médiane, l'extirpation des ganglions devrait se faire *des deux côtés* chez ces malades.

Il reste onze malades guéris sans récidive ; trois sont morts de maladie intercurrente assez rapidement; *cinq sont guéris depuis plus de trois ans,* trois depuis moins longtemps. La guérison totale serait ainsi de 13 o/o environ, d'après la statistique de Ehrlich.

(BAUMGARTNER, *Presse médicale*, 13 février 1909.)

Oosporose buccale.

D'étroites parentés réunissent les diverses oosporoses connues (actinomycose, mycétome, farcin du bœuf) à la tuberculose. Elles semblent correspondre à une certaine parenté d'origine ; car il n'est pas du tout prouvé que le bacille de Koch soit une bactérie.

Quoi qu'il en soit, le rôle joué par les oosporas semblent beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

MM. Roger et Bory apportent trois observations d'un type clinique nouveau, l'oosporose buccale.

L'une d'elles concerne un homme de 68 ans qui fut atteint brusquement, au milieu d'une santé apparente parfaite, d'une stomatite très particulière. Un écoulement nasal abondant, séreux, pendant huit jours avait précédé son apparition. Au bout de ce temps il disparut. Le lendemain survint un grand frisson suivi de phénomènes généraux graves. Le surlendemain la déglutition devint très douloureuse, tandis qu'une salivation abondante gênait la parole et la respiration.

A l'ouverture de la bouche on pouvait croire que du muguet s'y était développé. En réalité, la muqueuse buccale était recouverte uniformé-

ment d'un enduit blanc grisâtre sur lequel tranchaient, surtout à droite, des parties plus saillantes et plus blanches.

Sur les bords de la langue elles formaient de petits grains, analogues aux grains blancs décrits par les auteurs dans l'oosporose pulmonaire ; ces grains blancs sont aussi caractéristiques que les grains jaunes de l'actinomycose ; on y trouve en effet le parasite à l'état de pureté.

Dans le fond de la gorge paraissait exister un phlegmon amygdalien banal. L'évolution devait démontrer son origine mycosique.

Dans les deux autres observations, qui concernaient deux tuberculeuses arrivées à la cachexie terminale, l'oosporose était mélangée au muguet, mais jouait le rôle prépondérant.

Dans ces trois cas, le parasite était facilement reconnaissable sur de simples frottis, à plus forte raison dans les cultures.

Il se présente sur l'aspect de filaments allongés, minces, fragiles, ramifiés, souvent munis latéralement ou à leur extrémité de petits corps sphériques ; on pourrait les prendre pour des cocci accolés par hasard au corps mycélien ; ce sont en réalité des conidies réunies à celui-ci par un court stérigmate. Parfois groupées, elles forment de petits chapelets qui peuvent, une fois isolés, ressembler à des streptocoques. La fragilité du mycélium le fait lui-même apparaître sous un aspect plus ou moins fragmenté, d'où la confusion possible également avec de vulgaires bacilles.

Le bouillon maltosé paraît être le seul milieu favorable au développement de ces oosporas ; c'est par les cultures en goutte pendante que les auteurs ont pu déterminer les espèces. Celle qu'ils ont isolée de la bouche de leur premier malade est une espèce nouvelle qu'ils proposent de dénommer *oospora buccalis*.

(Roger et Bory, *Société Médicale des Hôpitaux*, 19 février 1909.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Occlusion. — Si l'occlusion n'est pas juste quand les dents sont essayées dans la cire, donner aux mâchoires l'occlusion voulue avec les dents placées ; prendre un petit morceau de godiva ramolli et prendre une empreinte des surfaces buccales sur les bicuspides et les molaires de chaque côté, l'étaler, puis l'enlever ; mettre des plaques de cire dans l'empreinte et remonter sur l'articulateur, ce qui donne la position exacte sur les modèles ; arranger les dents ensuite. (*Dent. Sum.*)

Combinaison d'aurification et d'obturation au ciment. — Préparer la cavité comme d'ordinaire et la revêtir de ciment ayant la consistance voulue pour la pose des couronnes. Quand le ciment est mou, presser dans la cavité un morceau d'or en feuille ou cristallisé assez grand pour la remplir. Condenser et enlever tout excès de ciment au bord. Continuer de mettre de l'or jusqu'à ce que tout le ciment soit couvert, en condensant chaque fois davantage. Introduire de l'or dans les rétentions. L'obturation peut être finie avec un or quelconque. (*Dent. Summ.*)

Montage des pierres de carborundum. — En cimentant des pierres de carborundum dans le mandrin, comme le recommande Taggart, quand ces pierres sont humides elles tombent dans la bouche. Il vaut mieux remplir la petite cavité de ces pierres avec du corps de porcelaine à basse fusion de de Trey, et quand il fond, y introduire le mandrin. Sécher sur une flamme de Bunsen en tenant le mandrin avec une pince. Ce moyen permet de monter comme il faut une pierre de carborundum et celle-ci résiste à la chaleur et à l'humidité. On peut la jeter dans l'eau glacée quand elle est au rouge blanc, sans qu'elle tombe. (*Dent. Summ.*)

Réparation des aurifications. — L'amalgame convient admirablement pour réparer les aurifications qui ont échoué au bord cervical ou au bord approximal habituel. Il y a une action entre l'or et l'amalgame, qui rend ce dernier particulièrement propre à cette réparation. Il en est sans doute de même de l'étain et, pour la même raison il y a une certaine action électro-chimique entre les métaux de base des amalgames ou les obturations à l'or ou à l'étain. (*Dent. Rev.*)

Revêtement des pointes des faces avec de l'or. — Meuler la face avec soin, en réduire la longueur de façon à laisser de la place pour la pointe d'or; après finissage, tailler le bord tranchant à un angle de 45°, en ne laissant pas de rebord de porcelaine à la surface labiale. Procéder comme pour une couronne Richmond jusqu'à ce que tout soit prêt pour la soudure. Prendre un instrument pointu et enlever soigneusement le revêtement du bord tranchant jusqu'à ce que toute la surface de l'arrière d'or soit nettoyée sur le bord labial, en tenant l'instrument à angle droit sur la face. Prendre de l'or cristal ou éponge et le tasser dans l'espace triangulaire pratiqué. Mettre un peu de borax, placer la soudure et couler comme d'habitude. Cela entraîne la soudure et laisse le bord tranchant protégé par une surface d'or. (*West. Dent. J.*)

Moyen d'empêcher la douleur après l'extraction. — Une application de gaïacol et de glycérine (par parties égales) dans l'alvéole d'une dent abcédée après l'extraction soulagera la douleur la plus vive en 2 à 5 minutes. (*Dent. Sum.*)

BULLETIN

PEINE PERDUE

Le maintien d'une certaine agitation — d'ordre peu élevé — paraît être le plus clair du programme adopté par le Groupement dentaire syndical. Celui-ci a décidément délaissé son gouvernail et abandonné ses destinées aux mains de quelques-uns de ses membres, bien connus par leurs violences de toutes sortes et le soin qu'ils mettent à semer ou à entretenir la zizanie partout où ils se trouvent. La plupart d'entre eux ayant été l'objet de mesures disciplinaires graves — révocations ou radiations — dans les sociétés formant le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'ils déversent leur amertume contre les institutions dont ils ont été exclus, et contre ceux qui les dirigent; mais on conviendra qu'ils étendent bien au delà des limites permises le temps classique accordé au condamné pour maudire ses juges.

Or, précisément, leur mise à l'index les place, vis-à-vis de nous, dans une sorte de discrédit moral, ou de disqualification, qui rend difficile toute discussion avec eux, même au cas où, abandonnant leurs polémiques discourtoises contre les personnes, ils voudraient se tenir strictement sur le terrain des idées et des intérêts professionnels.

C'est peine perdue pour eux d'insister.

Mais voilà que certains confrères bordelais veulent reprendre pour leur compte, dans une petite feuille locale, les aménités et le langage des grands ténors *du syndicat avec leurs imputations mensongères.*

Comme l'indifférence est un sentiment souvent réciproque, nous pourrions être étonnés de les voir se

préoccuper de nous et commenter nos actions, si l'un d'eux, ancien grand administrateur d'une Ecole dentaire bordelaise, sombrée sous sa direction, ne faisait suivre son nom du seul titre qui lui reste, après cette déconfiture : Chirurgien-dentiste syndiqué.

C'est comme syndiqué, sans doute, qu'il prend position, et qu'il est si plein d'émoi, car, lorsqu'il était administrateur, il ne soufflait mot.

Lyon et Bordeaux sont le siège d'Ecoles dentaires. Celle de Lyon, calquée sur la vieille Ecole dentaire de Paris, en fraternelle entente avec elle, se développe et prospère comme son aînée.

A Bordeaux, les dentistes divisés dès l'origine ne purent s'entendre et une école indépendante de toute association professionnelle fut tout d'abord fondée ; mais cela ne fit qu'augmenter les divisions. Ne parvenant pas à s'entendre, — chacun voulant tirer la couverture à soi — et l'amour du galon brochant sur le tout, successivement, quatre Ecoles dentaires virent le jour dans cette ville de 260.000 habitants ! — Nous aurions mauvaise grâce à taxer ce bel effort de bluff : ce terme étant monopolisé par les syndiqués pour qualifier les actes de leurs adversaires.

Des polémiques aigres-douces, échangées entre ces milieux concurrents, devinrent nuisibles à chacun d'eux, et bien embarrassé se trouvait l'étudiant à la recherche d'un établissement d'enseigement professionnel.

C'est ce que comprit l'Université de Bordeaux, qui profita de cette désunion pour fonder l'Ecole dentaire officielle ; et celle-ci eut tôt fait de recueillir les hésitants, ainsi que toutes les épaves des trop nombreuses Ecoles dentaires de Bordeaux, qui durent disparaître, les unes après les autres, faute d'élèves.

N'ayant plus rien à détruire chez eux, — ni leurs propres œuvres ni celles des autres — certains confrères bordelais, renvoyés à leurs chères études, se sont

faits syndiqués, et, en cette qualité, ils s'en prennent maintenant à l'Ecole dentaire de Paris, dont ils ne voulurent point suivre les avis, et dont le succès persistant trouble leur sommeil.

Mais, halte là ! Nous ne sommes pas disposés — pour l'instant du moins — à entrer en discussion avec des confrères, dont la plus belle œuvre a été de ruiner l'enseignement professionnel dont ils avaient la garde, ni à leur procurer la réincarnation, après leur récent ensevelissement.

D'ordinaire, il faut plusieurs années de repos et d'oubli, après pareil exploit, pour reprendre la parole avec quelque autorité, et encore on risque parfois de n'être pas pris au sérieux.

De ce côté aussi, c'est peine perdue.

D'ailleurs, nous avons bien d'autres soucis, pour l'instant, que de nous occuper des manifestations hostiles des syndicats, grands ou petits. On sait que leur prose est adressée gratuitement à tous les dentistes de France, non par suite de l'intérêt que ceux-ci leur inspirent, mais à cause de l'obligation contractée envers leurs annonciers, dont les subventions ne leur sont accordées qu'à la condition d'un gros tirage. C'est pour eux, et non pour les lecteurs, que chaque numéro de leur bulletin contient une attestation de ce tirage.

Sans cette participation équivoque, les publications syndicales seraient absolument éphémères.

Quant à nous, nous avons tâche plus sérieuse que de discuter des polémiques intéressées. Les nouveaux décrets sur les études dentaires nous créent des devoirs que nous saurons remplir intégralement, en mettant notre enseignement en harmonie avec leurs prescriptions. — Il y a là, pour nous, d'intéressants labeurs qui ne seront pas peines perdues.

LA RÉDACTION.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin 23-28 août 1909, Palais du Reichstag.

Les membres de la 4e section (Diagnostic, thérapeutique spéciale, matière médicale, président : Prof. MICHEL, 3, Wilhelmstrasse, Wurzbourg) ont choisi les sujets ci-après pour en faire la base des communications qui seront présentées au Congrès et des discussions qui auront lieu.

Ils seraient heureux que les confrères français prissent part à ces communications et à ces discussions pour que la collectivité profitât de leurs connaissances sur la matière.

1° Diagnostic différentiel de la pyorrhée ;

2° — et thérapeutique de la périodontite chronique ;

3° — de la pulpite et de la périodontite au moyen du courant d'induction ;

4° Baume du Pérou pour l'obturation des racines ;

5° Anesthésiques de la dentine ;

6° Agents conservateurs de la pulpe ;

7° Effet de l'huile d'œillet (eugénol) sur la dentine et la pulpe ;

8° Diagnostic différentiel des diverses pulpites au moyen de l'alcool, de la formaline et du courant d'induction ;

9° Etiologie et thérapeutique des dents déchaussées ;

10° Maladies de la bouche et des dents comme moyen de diagnostic dans la thérapeutique de pyorrhée alvéolaire.

La 17e section (Dentisterie conservatrice, président : Prof. Dr Sachs, 247, Kurfürstendamm, Berlin) a mis à son ordre du jour les questions suivantes :

1° Inlays (or, porcelaine, etc.) ;

2° Obturations au silicate ;

3° Traitement des dents sans pulpe.

Le Président du Comité français de propagande,
FRANCIS JEAN, 35, rue Tronchet, Paris.

2e Congrès dentaire australien.

Rappelons que le 2e Congrès dentaire australien aura lieu à Melbourne en octobre prochain. Il comprendra onze sections embrassant les diverses branches de la science et leur application. En particulier la première section s'occupera de l'enseignement, l'histoire, la littérature et la législation dentaire.

Le Président est M. John Slipp, 192, Punt Road, Prabran, Melbourne.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

COUR D'APPEL DE PARIS (7e Ch.)

Présidence de M. PONCET.

Audience du 24 octobre 1908.

COMPÉTENCE. — CHIRURGIEN-DENTISTE. — FABRICATION DE SPÉCIALITÉS. — VENTE A DES TIERS. — EXPLOITATION COMMERCIALE. — JURIDICTION CONSULAIRE COMPÉTENTE.

Se livre à une véritable exploitation commerciale et ne saurait, par suite, décliner la compétence de la juridiction consulaire, le chirurgien-dentiste qui, ne se bornant pas à exercer cette profession, laquelle en soi n'a rien de commercial, fabrique des spécialités (pâtes et poudres dentifrices), qu'il vend, tant dans son cabinet que dans des pharmacies dépositaires de ses produits, non seulement aux clients à qui il en prescrit l'emploi, mais encore à tous ceux qui en font choix sur le vu d'articles de réclame ou de prospectus.

A la suite du congédiement par M. C., dentiste, de Mme G., sa caissière, celle-ci l'a assigné devant le Tribunal de commerce de la Seine, en paiement de 4.000 francs de dommages-intérêts pour brusque renvoi.

M. C. a alors excipé de sa qualité de non-commerçant et décliné la compétence du Tribunal, qui fait droit à l'exception par jugement du 23 avril 1907, ainsi conçu :

« Le Tribunal ;

» Attendu qu'il est acquis aux débats que la dame G. était employée par C., en qualité de caissière, depuis le 3 juillet 1904 ; qu'à la suite de divers incidents survenus entre les parties, elle fut renvoyée brusquement le 7 février dernier ;

» Attendu qu'en raison du préjudice qu'elle prétend avoir subi de ce fait, elle réclame à C. une somme de 4.000 francs, à titre de dommages-intérêts ;

» Sur l'incompétence *ratione materiæ :*

» Attendu qu'il est établi que C. exerce la profession de chirurgien-dentiste ;

» Attendu que cette profession n'a pas un caractère commercial ; qu'il importe peu, ainsi que l'allègue la dame G., que ledit C. exploite plusieurs cabinets, ce fait ne pouvant avoir pour effet de lui donner la qualité de commerçant ; qu'il en est de même de la

vente qu'il fait faire d'une pâte dentifrice, cette vente ne constituant que l'accessoire de sa profession ;

» Que, par suite, la juridiction consulaire n'est point compétente pour connaître du présent litige ;

» Par ces motifs ;

» Se déclare incompétent *ratione materiæ;* renvoie la cause et les parties devant les juges qui doivent en connaître ; et condamne la dame G., par les voies de droit, aux dépens. »

Mme G. a interjeté appelé de ce jugement.

La Cour, après plaidoiries de Mes *Loubers* et *Chevalier*, avocats, et conformément aux conclusions de M. Frémont, substitut du procureur général, a rendu l'arrêt infirmatif suivant :

« La Cour ;

» Sur la compétence *ratione materiæ :*

» Considérant qu'il appert des débats que C. ne se borne pas à exercer la profession de dentiste, laquelle en soi n'a rien de commercial, mais fabrique, avec des substances qu'il achète, des pâtes et poudres dentifrices, qu'il vend, non seulement aux clients à qui il en prescrit l'emploi, mais encore à tous ceux qui s'adressent à lui, sur le vu des articles de réclame qu'il fait insérer dans les journaux, ou des prospectus qu'il répand dans le public ; qu'il est établi, d'autre part, que ces spécialités sont débitées non seulement dans son cabinet mais encore dans diverses pharmacies où il en a effectué le dépôt ;

» Qu'il soutient vainement que les produits dont s'agit ne sont vendus que sur la production de ses ordonnances ; que cette allégation, difficilement conciliable avec ce fait que ces produits sont mis en vente dans des pharmacies, sont contredites par la production d'un prospectus, dans lequel C. précise les vertus spéciales de chacun de ses dentifrices, lesquels sont numérotés de 1 à 6, laissant au lecteur le soin de faire choix de celui qu'il désire ;

» Que C. se livre donc à une véritable exploitation commerciale de ses produits et ne saurait décliner la juridiction consulaire, dans le débat qui s'agite entre lui et son ex-caissière, la dame G., laquelle, en cette qualité, s'occupait de son exploitation commerciale ;

» Par ces motifs ;

» Infirme le jugement du Tribunal de commerce de la Seine du 23 avril 1907 ; décharge la dame G. des dispositions et condamnations lui faisant grief ;

» Statuant à nouveau, dit que c'est à tort que le Tribunal s'est déclaré incompétent ; en conséquence, renvoie la cause et les parties devant le même Tribunal autrement composé, pour être statué ainsi qu'il appartiendra ;

» Ordonne la restitution de l'amende ; et condamne C. en tous les dépens de première instance faits depuis l'assignation et en tous les dépens d'appel. »

Observations. — Le chirurgien-dentiste n'exerce pas, en principe, une profession commerciale, car son art consiste dans un travail personnel et non dans une spéculation sur les objets qu'il achète pour le pratiquer.

Voir en ce sens : Trib. civ. Bruxelles, 29 novembre 1846 (Dalloz, 1850.5.8) ; C. de Paris, 24 janvier 1849 (Dal., 1849.5.6) ; 8 avril 1858 (Dal., 1858.2.103) ; C. d'Alger, 9 novembre 1904 (Dal., 1905.2.100) ; Lyon-Caen et Renault (*Tr. de dr. commercial*, 4e édit., t. 1er, p. 131, note 1).

Adde : Trib. civ. Seine (7e Ch.), 5 janvier 1909, publié ci-dessous.

Toutefois, un dentiste qui ne se borne pas à exercer son art, mais tient certains objets ou produits destinés au public et qu'il vend à toutes personnes, prend la qualité de commerçant. Consulter sur ce point, et en conformité de l'arrêt rapporté : C. de Paris, 24 janvier 1849 et 8 avril 1858, précités ; Lyon-Caen et Renault *(op. et loc. cit.)*.

Rapprocher : C. de Paris, 18 juillet 1877 (Sirey, 1878.2.241).

(Extrait du journal *Le Droit*, 24 février 1909.)

NÉCROLOGIE

Abel Duchesne.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de notre confrère Jean-Baptiste-Abel Duchesne, membre fondateur et bienfaiteur de l'Ecole dentaire de Paris, membre de l'Association générale des dentistes de France, survenue le 19 février dernier.

L'Ecole et l'Association étaient représentées à ses obsèques, qui ont eu lieu le 21 février, et avaient envoyé une couronne.

Nous adressons à toute sa famille nos bien sincères condoléances.

*
* *

Notre confrère Staviski, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre sa mère.

Notre confrère, M. Bobillon, d'Aurillac, a également perdu sa mère à l'âge de 70 ans.

Enfin notre confrère, M. Cornesse, de Verviers, a aussi perdu sa mère à l'âge de 74 ans.

Nous leur exprimons nos très sincères condoléances.

*
* *

Nous apprenons avec regret la mort, à l'âge de 25 ans, de M. Cruet, docteur en droit et licencié ès lettres, avocat à la Cour d'appel, attaché au Ministère de la Justice, fils du directeur de la *Revue de Stomatologie.*

Nous exprimons à notre confrère et à sa famille toutes nos condoléances.

*
* *

Le 5 mars ont eu lieu les obsèques de M. Victor Kirsch, âgé de vingt-cinq ans, élève à l'Ecole dentaire de Paris et premier vice-président de l'Union des Etudiants en chirurgie dentaire.

De nombreux chirurgiens-dentistes et étudiants accompagnaient leur camarade à sa dernière demeure.

Au cimetière de Fontenay-aux-Roses, où avait lieu l'inhumation, des discours furent prononcés par M. Doucedame, président de l'Union des Etudiants en chirurgie dentaire, qui rappela tout le dévouement du défunt à la Société des étudiants, et par M. Vérité, au nom des élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

NOUVELLES

Académie de médecine.

L'Académie de médecine a procédé, dans sa séance du 2 mars 1909, à l'élection d'un membre dans la section des associés libres, en remplacement de M. Chamberland.

La liste de présentation portait : en première ligne *ex æquo*, MM. Paul Straus, sénateur et Jules Voisin ; en deuxième ligne, M. Maurice de Fleury ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Capitan, Castan et Valude.

Le nombre des votants étant de 85, majorité 43, au premier tour, M. Paul Straus obtient 66 suffrages ; M. Voisin, 12 ; M. Capitan, 3 ; M. Castan 1 ; M. Cabanès, 1 ; M. Coudray, 1 ; un bulletin blanc. — M. Straus a été proclamé élu.

Nous adressons nos plus vives félicitations à M. Paul Straus, membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, qui avait sa place toute marquée à l'Académie de médecine, non seulement par ses nombreux travaux scientifiques sur les questions d'hygiène et d'assistance publique, mais comme le mieux qualifié pour servir de trait d'union entre ce corps savant et les pouvoirs publics afin de contribuer à faire mieux servir les travaux de ses membres à l'intérêt et au bien publics.

Distinctions honorifiques.

Nous avons le plaisir de relever parmi les nominations au grade d'*officier de l'Instruction publique* celles de nos confrères, MM. Valensi, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris et Nanche, d'Annecy; parmi les nominations au grade d'*officier d'Académie*, celles de nos confrères MM. Dyssli, d'Evreux, membre du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France ; Ferrand, de Paris, membre de l'Association, et Franchette, de l'Ecole odontotechnique.

Nous leur adressons nos très vives félicitations.

Nous enregistrons également la nomination au grade d'*officier de l'Instruction publique* de nos confrères MM. Barillet, de Reims, Ravel et Sauvain, de Paris ; et au grade *d'officier d'Académie* de nos confrères, MM. Benichou, Colon-Delouc, Leleux, Mlle Bureau, de Paris, et M. Milliot, de Villejuif.

Mme Pigneret, compositeur de musique, femme de notre confrère M. Pigneret, de Paris, a également reçu la rosette *d'officier de l'Instruction publique.*

Mariages.

Nous apprenons le mariage de Mlle Launois, fille du distingué professeur à l'Ecole de médecine et à l'Ecole dentaire de Paris, avec le Dr Cesbron, célébré le 25 février.

Nous apprenons également le mariage de notre confrère M. Edmond Letierce, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Suzanne Doré, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris, célébré à Vichy le 25 février.

Nous apprenons aussi le mariage de notre confrère M. Emile Sauvanet, d'Issoudun, avec Mlle Renée Riffard, célébré le 6 janvier.

Nous apprenons enfin le mariage de notre confrère M. Edmond Schwabacher, membre de l'A. G. D. F, avec Mlle Jeanne Schwab, célébré le 21 février.

Nous adressons toutes nos félicitations aux nouveaux époux.

Ecole odontotechnique.

Notre confrère M. Gaillard a été élu président du Conseil de l'Ecole odontotechnique.

Ecole dentaire de Paris.

La fête destinée à célébrer le trentenaire de la fondation du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France et la réalisation des réformes dentaires, qui devait avoir lieu le 3 avril, est ajournée au 22 mai, en raison de l'extension qu'on se propose de lui donner, à la suite de nombreuses demandes parvenues de divers côtés.

*
* *

Une souscription est ouverte pour élever un monument au professeur Cornil. L'Ecole dentaire de Paris a décédé d'y participer. Elle a également décidé de prendre part à la souscription pour élever un monument au professeur Brouardel, et à la souscription pour le monument Berthelot.

*
* *

Par décision du 9 mars M. Georges Robin est nommé membre du Conseil de direction, conformément à l'art. 3 des statuts, en remplacement de M. Pélissier, dont la démission a été acceptée.

*
* *

M. H. Villain a été élu bibliothécaire en remplacement de M. Pélissier.

*
* *

Après concours et par décision du 9 mars, M. G. Villain est nommé professeur suppléant du cours théorique de prothèse et d'orthodontie.

M. Renhold est nommé professeur suppléant de clinique de prothèse.

M. Rozenberg est nommé chef de clinique de dentisterie opératoire.

M. Vanel est nommé chef de clinique de chirurgie dentaire.

M. G. Martinier est nommé chef de clinique de chirurgie dentaire.

*
* *

MM. Cotel et Billet fils sont nommés démonstrateurs stagiaires.

MM. Lemière, Valensi et Morinaud sont nommés démonstrateurs titulaires.

Association dentaire portugaise.

Une société dentaire portugaise ayant son siège à Lisbonne vient d'être fondée. Nous en avons reçu les statuts.

Nomination.

Notre confrère M. Poteau, de Laval, vient d'être nommé dentiste inspecteur des écoles normales de la Mayenne.

29e ANNÉE. N° 6 30 MARS 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRIANGLE ÉQUILATÉRAL DE BONWILL

Par J. CHOQUET,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 12 janvier 1909.*)

Depuis une dizaine d'années, les partisans des théories émises il y a bien longtemps par Bonwill se sont tellement accrus qu'ils forment pour ainsi dire actuellement une véritable armée. Pour peu que cette progression vienne à continuer encore pendant un an ou deux, on ne verra plus que par Bonwill, on ne se basera plus que sur ses théories, quitte à pester lorsque, dans de nombreux cas, on sera forcé de constater que les appareils de prothèse construits d'après ses lois ne peuvent être d'aucune utilité à nos patients.

Ces quelques mots vous indiquent déjà que je ne viens pas m'enrôler sous la bannière des partisans de Bonwill et je dis à ceux-ci à l'avance très franchement : Je vais vous démontrer d'une façon irréfutable que la base de la théorie de Bonwill, que la clef de voûte de l'édifice qu'il a voulu construire, que son triangle *équilatéral* en un mot n'existe autant dire pas.

En effet, si nous prenons la première des propositions ou plutôt des conclusions qui ont été posées par Bonwill et condensées par M. Amoëdo, nous trouvons la définition suivante :

1° D'un condyle à l'autre, il y a la même distance

(10 centimètres) qu'il y a d'un condyle à l'union des deux incisives inférieures au bord tranchant, c'est-à-dire que la réunion de ces trois points forme un triangle équilatéral.

Supposons pour un instant que cette dimension de 10 centimètres entre condyles soit exacte, faut-il encore que nous soyons fixés sur le point précis qui aura servi de point de repère. Et à cet égard nous ne le sommes guère. Pour certains partisans des lois bonwilliennes, on doit prendre le milieu du condyle. Pour les autres il semblerait que l'on dût utiliser la partie la plus externe. Enfin pour d'autres encore, il semblerait que l'on pût prendre indifféremment n'importe quelle portion condylienne, pourvu que celle-ci fût la même sur le condyle droit et sur le condyle gauche. Nous allons dans un instant envisager chacune de ces dimensions et en tirer les conclusions normales, mais auparavant il est nécessaire de faire remarquer que ni Bonwill ni ses protagonistes ne se sont donné la peine d'établir des bases sérieuses représentées par l'examen de nombreux crânes et la mensuration des maxillaires. Car, autrement, ni Bonwill, ni d'autres n'auraient osé avancer des théories qui sont anéanties en un clin d'œil par le simple emploi d'un compas. Voyons donc tout d'abord quelles sont les mesures extrêmes bi-condyliennes que l'on peut rencontrer sur un nombre déterminé de maxillaires inférieurs.

Prenons en premier lieu la dimension bi-condylienne externe, c'est-à-dire la plus large.

J'ai étudié à cet effet 138 maxillaires inférieurs et j'ai constaté comme dimensions extrêmes les suivantes :

Maximum.	138	millimètres.
Minimum	97	—

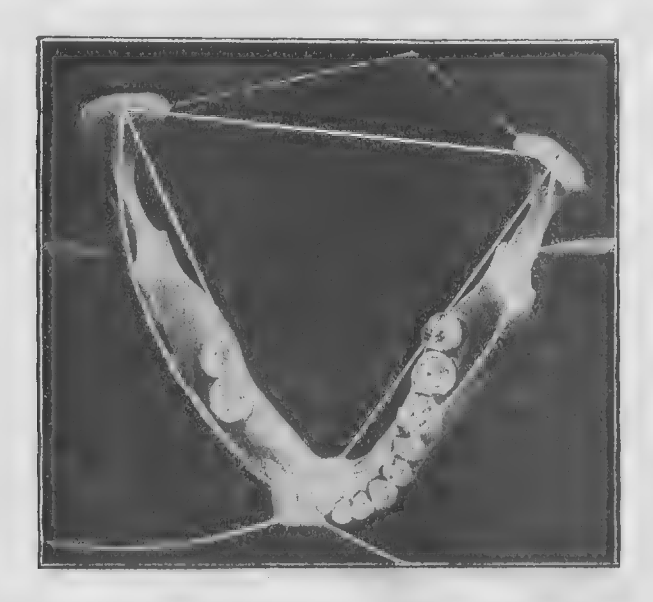
En second lieu, prenant la dimension bi-condylienne interne, nous obtenons :

Maximum.	96	millimètres.
Minimum	65	—

Ainsi que vous pouvez en juger, nous constatons un écart formidable entre les dimensions externe et interne et c'est cet écart qui, en supposant que la dimension de 10 cen-

timètres soit exacte, permettrait l'existence des partisans du juste milieu, c'est-à-dire de ceux qui conseillent de prendre le milieu du condyle comme point de départ du fameux triangle équilatéral. A ceux-ci, de même qu'aux partisans des dimensions externe et interne, je ferai les remarques capitales suivantes :

1° Il est bien rare de trouver sur le même individu les deux condyles présentant le même diamètre transversal ;



Asymétrie dans les branches montantes et dans l'obliquité des condyles.

2° Très fréquemment il existe une asymétrie marquée dans la configuration du maxillaire, une des deux branches étant plus longue que l'autre ;

3° Les condyles peuvent être situés sous un angle différent par rapport au col du condyle.

Voici, résumées, trois propositions qui commencent à battre en brèche la construction du triangle équilatéral.

Voyons maintenant quels peuvent être les rapports existant entre les dimensions bi-condyliennes externe, interne ou médiane et la dimension condylo-incisive.

Dans le premier cas, bi-condylienne externe, j'ai rencontré 131 fois sur 138 cas la dimension bi-condylienne externe

l'emporter sur la dimension condylo-incisive, soit dans une proportion de 94.92 o/o.

Dans le second cas, bi-condylienne interne, j'ai rencontré 138 fois la dimension condylo-incisive l'emporter, soit 100 o/o.

Enfin, dans le cas où nous prenons le milieu des condyles comme point de départ, j'ai constaté 15 fois sur 138 (soit dans une proportion de 10.86 o/o) un contact parfait entre *un* des condyles et la face mésiale des incisives centrales.



Triangle équilatéral dont un des sommets est inscrit dans l'intérieur du maxillaire, à hauteur des maxillaires.

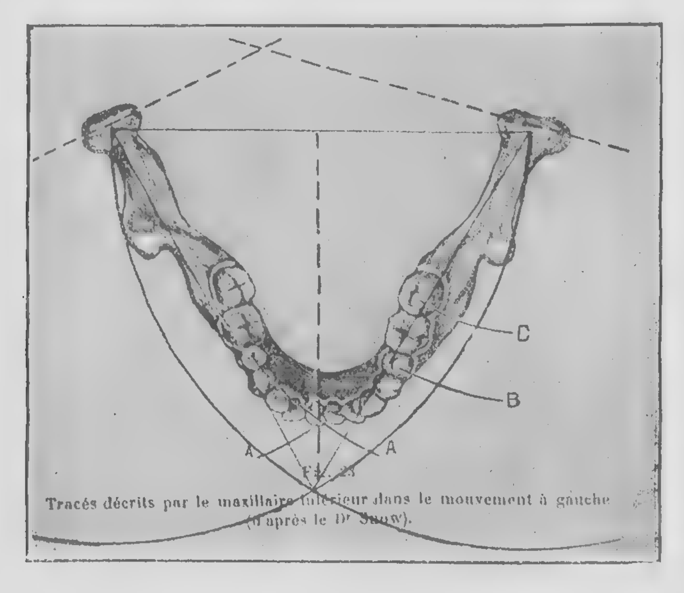
Je dis entre *un* des condyles et c'est en connaissance de cause, car, sur ces 15 cas, quatre seulement m'ont donné un triangle équilatéral parfait. Les onze autres cas ont donné naissance soit à un triangle isocèle, soit à un triangle scalène.

Vous voyez donc, d'après cette statistique, ce qu'il reste de la théorie de Bonwill, ou pour lui faire la part belle, ce qui existe du triangle équilatéral de 10 centimètres de côté.

Et vous constatez comme moi, grâce aux photographies que je vous soumets, que la ligne condylo-incisive arrive, comme points extrêmes, tantôt au niveau du milieu de la

première grosse molaire inférieure, tantôt au contraire à environ 3 centimètres en avant de la symphyse du menton, en suivant toute la gamme de longueurs que l'on peut souhaiter.

Enfin, pour terminer, laissez-moi vous soumettre la reproduction d'une figure qui réalise absolument, qui synthétise en un mot ce que je viens de vous signaler.



Tracés décrits par le maxillaire inférieur dans le mouvement à gauche (d'après le Dr Snow).

Figure choisie par le Dr Amoëdo pour démontrer qu'un des sommets du triangle équilatéral de Bonwill doit toujours être en contact avec le bord libre des incisives.

Celle-ci provient d'un auteur que vous connaissez tous, car c'est le protagoniste en France et à l'étranger des idées et des théories de Bonwill. J'ai nommé le Dr Amoëdo.

Prenez le tirage à part qu'il a fait de son « *étude sur l'articulation des dentiers artificiels suivant les lois anatomiques et physiologiques qui régissent l'articulation temporo-maxillaire et celles des arcades dentaires chez l'homme* » et examinez le maxillaire inférieur présenté à la page 37. Vous serez fixés immédiatement sur l'existence du triangle équilatéral.

Le maxillaire inférieur qu'il nous présente (d'après le

Dr Snow) possède en effet la branche montante droite plus grande que celle du côté gauche. En outre, son condyle possède un diamètre transversal plus étroit que celui de gauche. Et enfin l'obliquité de ces condyles est toute différente. A droite on constate un angle de 25 degrés d'ouverture, tandis qu'à gauche nous n'en avons que 16.

Enfin, le point d'intersection condylo-incisif, non seulement ne se trouve pas là où il devrait être d'après la théorie de Bonwill, mais il n'est même pas dans l'axe du maxillaire. Convenez avec moi ou que la figure a été mal choisie, et c'est très regrettable de la part de son auteur, ou tout au moins de la part de celui qui l'a utilisée, car elle va d'elle-même à l'encontre de toutes les conclusions que tire M. Amoëdo.

Mais je m'arrête ici. J'ai donné ce soir un premier coup de pioche à l'édifice bonwillien. Si vous voulez bien m'y autoriser, je continuerai dans une séance ultérieure mon œuvre qui, de prime abord, peut paraître destructive, révolutionnaire même, mais que vous ne devez considérer au contraire, à mon avis, que comme une œuvre permettant à l'école française d'établir des théories basées sur des faits précis et dont tout le monde profitera, nous-mêmes aussi bien que notre clientèle.

LE TRIANGLE ÉQUILATÉRAL DE BONWILL

Par G. Villain,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

(*Extrait du compte rendu de la Société d'Odontologie, 12 janvier 1909.*)

Les théories de Bonwill viennent d'être remises en question par M. Choquet, et je me sens obligé d'en prendre la défense, car dans un autre milieu que le nôtre elles ont été récemment réfutées vigoureusement.

Il semble qu'un vent de réaction souffle contre ces théories qui, pour n'être pas absolument exactes, n'en ont pas moins été la base de travaux qui contribuèrent à faire sortir la prothèse dentaire du domaine empirique où voudraient l'y enfermer des esprits réfractaires à toute évolution autre que celle qu'ils considèrent comme purement médicale de notre profession.

Malgré l'argumentation de M. Choquet, je suis et je reste un partisan des théories de Bonwill, je ne dis pas des lois, car elles n'existent pas scientifiquement ; ce sont des idées dont nous devons faire notre profit et que nous devons transformer en lois si possible. Il est évident qu'avec des appareils, des articulateurs construits d'après les idées, modifiées, de Bonwill, nous nous approchons, autant qu'il est possible actuellement, de la réalité, et nous donnons presque entière satisfaction aux exigences de la physiologie.

M. Choquet nous présente une étude critique du triangle équilatéral de Bonwill, qu'il considère comme étant la base des travaux dits lois de Bonwill ; or, ce n'est point là la théorie tout entière de Bonwill.

La théorie de Bonwill n'est pas le triangle équilatéral, celui-ci fut le point de départ de ses recherches et la base de construction de son articulateur, c'est tout. Bonwill dit que l'espace intercondylien est de 10 cent., que la distance du condyle à la ligne médiane au niveau du bord incisif inférieur est de 10 cent., mais nous ne savons pas de quel point du condyle, et vous avez pu voir sur certains clichés pro-

jetés par M. Choquet qu'en traçant la base du triangle d'un bord externe d'un condyle au bord correspondant de l'autre, ou réciproquement des bords internes, vous obtiendriez un triangle équilatéral. Mais il nous importe peu et même pas du tout que ce triangle soit équilatéral ou tout autre. Bonwill fît une erreur en disant qu'il y avait toujours un triangle équilatéral ou presque, soit, mais cela ne change pas le fait, à savoir : que pour son action physiologique, pour permettre une mastication aussi complète que possible, un appareil doit être monté sur un articulateur reproduisant les mouvements de la mandibule et que cet appareil doit être construit sur des modèles placés sur l'articulateur *dans les mêmes rapports que le sont les arcades avec l'articulation temporo-maxillaire.*

Le triangle équilatéral représente un rapport que Bonwill croyait constant ; il ne l'est pas, c'est entendu, mais il nous est possible de trouver les rapports des arcades avec l'articulation temporo-maxillaire et de les reproduire sur un articulateur physiologique.

Les figures ci-contre montrent que nous ne construisons pas des appareils suivant un rapport constant, le triangle équilatéral, mais que nous avons, grâce aux travaux de Bonwill, la possibilité d'établir les rapports exacts pour chaque malade. Ce ne sont là que les rapports antéro-postérieurs et latéraux ; je ne parlerai pas ce soir des rapports verticaux et horizontaux qui n'ont pas encore été étudiés et dont j'espère vous entretenir bientôt.

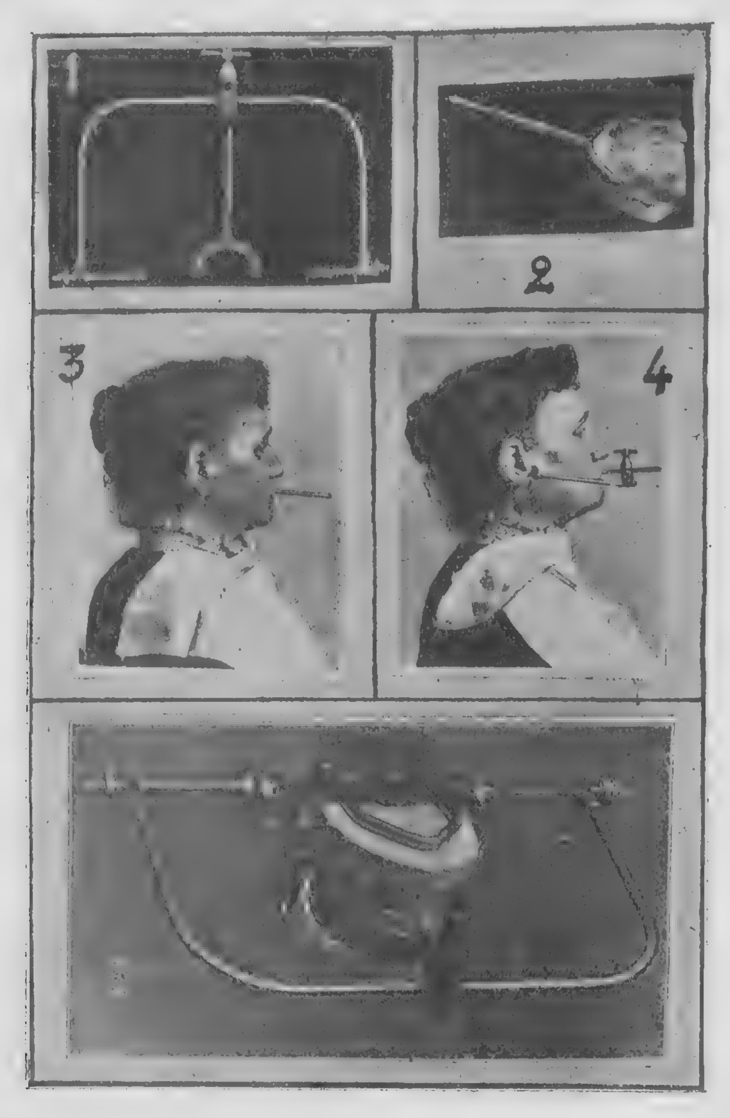
L'appareil qui nous permettra de placer les modèles sur l'articulateur dans les mêmes rapports que les arcades avec l'articulation temporo-maxillaire s'appelle « l'arc facial » (fig. 1) ; nous le devons à Snow, de Buffalo (N.Y.), États-Unis.

Il se compose d'un arc terminé par deux tiges mobiles que l'on fixe au niveau des condyles, et d'une tige mobile articulée reliant l'arc à l'appareil représenté par la plaque d'occlusion.

La tige mobile est fixé sur la plaque d'occlusion au niveau du bord incisif (fig. 2).

La plaque d'occlusion est alors placée dans la bouche (il

est entendu que l'occlusion avait été prise préalablement et que les deux plaques avaient été réunies entre elles) (fig. 3). Il ne reste plus qu'à placer l'arc dans la tige mobile, à mettre en



contact les tiges postérieures de l'arc avec les condyles, à fixer le tout à l'aide de vis de serrage (fig. 4) ; l'arc facial est ensuite retiré, entraînant avec lui les plaques d'occlusion qui y sont fixées, les modèles placés dans leur plaque respective sont portés dans l'articulateur sur lequel on fixe les tiges

postérieures de l'arc facial au point représentant sur cet articulateur le condyle (fig. 5), ainsi nous obtenons les mêmes rapports de l'angle incisif au condyle, que le triangle soit équilatéral, isocèle ou scalène, il sera le même sur l'articulateur que chez notre patient.

Le triangle équilatéral a déjà été réfuté par les concitoyens de Bonwill. Turner, notamment dans la dernière édition de *l'American text book of Prosthetic Dentistry*, dit que les lois de Bonwill sont fausses quant au triangle équilatéral et pour cela il s'appuie sur le livre de Cryer, de Philadelphie, *Internal anatonny of the face*. Turner critique également la forme du condyle représentée par un plan horizontal sur l'articulateur Bonwill et il ajoute : « Cependant les principes de l'articulation des dents (par Bonwill) ont une valeur importante ». J'ajouterai que les premiers travaux de Bonwill datent de 1858, qu'ils l'amenèrent à préciser les rapports de hauteur des cuspides des molaires avec la surocclusion des incisives, à définir le rôle de la courbe compensatrice; reprise par Spee en 1896, cette courbe porte le nom aujourd'hui d'un auteur qui l'étudia 38 ans après !

Les Américains ont mis 40 ans à comprendre Bonwill, les Français ne le connaissent que depuis peu d'années, grâce aux efforts constants de cette Ecole et surtout de M. Godon ; laissez-moi espérer qu'il ne faudra pas ici 40 ans pour comprendre un homme parce qu'il a fait quelques erreurs. Que nous importent les erreurs si elles furent la base de recherches fructueuses et nul ne peut nier que les travaux de Bonwill n'aient contribué largement au progrès de notre art et de notre science. Nous lui devons une grande reconnaissance.

Les Américains, après l'avoir méconnu, l'ont, au dire de certains, trop admiré : c'est une opinion ; je pense qu'il est juste de critiquer ce qui est faux dans un travail, mais il est juste d'admirer un homme qui, par son labeur et ses recherches, guida notre voie vers le progrès ; eût-il par quelque erreur ralenti notre course, nous lui devons l'élan.

Rappelez-vous Fauchard, le père de la dentisterie, l'inventeur du bridge ; méconnu par les Français il nous revint d'outre-mer ; récemment Taggart, révolutionnant la profession par une invention, dont nul d'entre nous n'a vu l'appareil, alors que des centaines d'autres sont lancés sur le marché ; dans un autre domaine que le nôtre Sauvage, l'inventeur de l'hélice, qui permit à l'homme hier la conquête de l'eau, qui permet aujourd'hui celle de l'air, et dont le nom est méconnu de 999/1000 de ses propres compatriotes.

Messieurs, je déplore ces injustices, pour momentanées qu'elles soient ; et c'est pour les éviter dans la maison des odontologistes, sur notre terre, que l'on se plaît à proclamer généreuse, que j'ai pris ce soir la défense de Bonwill.

SINUSITE MAXILLAIRE, COTÉ DROIT, CAUSÉE PAR UNE DENT CANINE EN ECTOPIE, SUR LE PLANCHER DE L'ANTRE D'HIGHMORE

Par M. THUILLIER, de Rouen.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 2 février 1909.*)

Au Congrès de Cherbourg, en 1905, sous la présidence de notre éminent confrère, M. Frey, le secrétaire général, M. Lemerle, nous a lu, l'intéressante thèse de M. de Névrezé, sur les sinusites maxillaires. Cette communication m'a d'autant plus intéressé que, depuis un quart de siècle, j'ai vu, dans ma clientèle, plus de 200 abcès du sinus. Au mois d'octobre dernier, j'ai rencontré un cas qui m'a paru plus intéressant que les autres, et je vais avoir l'honneur de vous en lire l'observation.

Le 19 octobre 1908, M. J..., 46 ans, vint me consulter. Il se plaignait de souffrir du côté droit de la face, de moucher du pus en très grande quantité, d'en déglutir, et d'en être particulièrement incommodé par l'odeur ; de plus, depuis six mois, il se trouvait avoir considérablement maigri.

A l'examen, le système dentaire se révèle très mauvais, les maxillaires sont presque dépourvus de dents, le supérieur ne possède plus que les incisives centrales, la latérale gauche, la première prémolaire droite qui est cariée et chancelante, plus la racine de la seconde prémolaire. Du côté vestibulaire, et dans le sillon gingivo-labial, bien au-dessus de l'apex des prémolaires, je trouve un très petit orifice fistuleux par lequel je peux, au moyen d'un stylet, pénétrer dans le sinus. Un jet de pus s'étant échappé de l'orifice, je conclus, avec les symptômes précédents de rhinorrhée unilatérale et de cacosmie, à une sinusite, qui d'après les relations du malade, remontait à quatre années.

Pensant à supprimer la cause et en même temps à péné-

trer dans le sinus par la voie alvéolaire, je fis immédiatement l'extraction des deux prémolaires (ainsi que je l'ai déjà dit, la première était cariée et chancelante, de la seconde il ne restait que la racine), mais la racine de la première prémolaire était résorbée et je me trouvais de ce fait séparé du plancher du sinus par plus d'un centimètre de tissus osseux.

Je renonçai à cette voie de pénétration, pour me diriger vers le vestibule où je trépanai la paroi antérieure du sinus au niveau du point fistuleux. Mon intervention donna lieu à un abondant écoulement de pus, je terminai cette première opération par un lavage antiseptique, renvoyant mon malade au lendemain.

Le 20, pas d'amélioration, beaucoup de pus malgré les six lavages antiseptiques dans les vingt-quatre heures.

Le 22, état stationnaire, toujours du pus en grande quantité. En présence de ce cas rebelle au traitement qui m'a toujours donné des améliorations en quelques jours, je songeai à explorer le sinus plus profondément. En effet, assez loin du point de trépanation, je sentis un corps dur donnant à la percussion un son clair bien connu des dentistes : j'étais sur la couronne d'une dent et cette dent était couchée sur le plancher, adhérente à la paroi interne du sinus. Après avoir reconnu sa position, mon premier soin fut de la détacher et de l'amener vers l'orifice qui n'était pas assez large pour lui permettre de sortir. Je dus intervenir à nouveau, faire une large brèche, au moyen d'un trépan et d'un gros cautère de Paquelin. Gêné par le sang, je m'arrêtai.

Le lendemain 23, après un lavage qui me permet de bien distinguer la couronne de la dent, je l'amène vers la brèche et je la sors, sans trop de difficultés, avec le davier à racine forme baïonnette. Je renvoie mon malade, lui conseillant six lavages antiseptiques dans les vingt-quatre heures au moyen d'une poire en caoutchouc, genre de celle d'Amoëdo. Quarante-huit heures après l'extirpation de la dent, tous les phénomènes douleur et suppuration avaient cessé.

En raison de la rapidité avec laquelle tous les accidents ont disparu et sur les conseils de M. G. Lemerle, je crois devoir faire des réserves sur le diagnostic.

Je serai donc très heureux (si cette petite observation a pu vous intéresser) de vous entendre donner votre avis sur le diagnostic et savoir si nous sommes en présence d'une sinusite vraie ou d'une pseudo sinusite.

REVUE DES REVUES

L'ÉPITHÉLIOMA ADAMANTIN

Ses deux formes anatomo-cliniques, profonde et superficielle.

Par MM. L. Boidin et Ch. Delval.

L'épithélioma adamantin n'est pas une simple curiosité d'histologie pathologique; il intéresse le clinicien, car de son diagnostic découlent une évaluation pronostique favorable et l'indication d'une intervention chirurgicale aussi conservatrice que possible. Or, à en juger par l'aspect objectif seul de la lésion, qui revêt souvent le masque d'une néoplasie nettement maligne, on ne saurait se faire une idée aussi optimiste ; on a pour se guider, cependant, certains signes cliniques, évolutifs, anatomiques, qui permettent de faire le diagnostic. Ce sont ces caractères que nous désirons exposer rapidement à l'occasion de deux cas étudiés par nous et particulièrement intéressants en ce que, tout en partageant les caractères anatomo-cliniques généraux de l'épithélioma adamantin, ils en constituent deux formes assez spéciales et distinctes :

1° L'une, que l'on peut appeler *variété profonde ou maxillaire,* dont l'observation que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. J. L. Faure, est un type parfait ;

2° L'autre, que l'on peut appeler *variété superficielle ou gingivale,* beaucoup plus rare, dont l'observation qui nous a été fournie par notre maître, M. Schwartz, est un exemple typique.

Les différences cliniques et anatomiques qui séparent ces deux formes s'expliquent facilement par l'origine de l'épithélioma adamantin ; nous allons très brièvement la rappeler.

*
* *

C'est du remarquable mémoire de M. Malassez sur l'existence et le rôle des débris épithéliaux paradentaires [1] que date l'histoire précise de l'épithélioma adamantin. Cet auteur a montré, en effet, que chez l'adulte se trouvent échelonnés le long des dents, depuis le rebord gingival jusqu'à la racine, de petits amas épithéliaux capables de donner naissance à une série de productions pathologiques, parmi lesquelles l'épithélioma adamantin. Pour comprendre la nature de ces tumeurs, il est indispensable de rappeler que la dent se développe

---

1. Malassez. — *Archives de Physiologie,* 1885, t. I et II, p. 129, 309, 379.

aux dépens de deux ébauches, l'une, conjonctive, amenant la formation du bulbe dentaire et consécutivement celle de l'ivoire, du cément, de la pulpe, et l'autre, épithéliale, qui donne naissance à l'organe adamantin destiné à la formation de l'émail. Ce processus épithélial nous intéresse seul ; il est constitué tout d'abord (fig. 1) par une émanation de l'épithélium gingival sous forme d'une lame qui donne elle-même naissance successivement à deux bourgeons, l'un qui va coiffer l'ébauche conjonctive de la dent de lait, l'autre qui va de même coiffer l'ébauche conjonctive de la dent permanente. Ces bourgeons se renflent alors et se différencient pour constituer les organes adamantins de la dent de lait et de la dent permanente. Les cellules périphériques qui continuent les cellules basales de l'épithélium gingival et de la lame épithéliale deviennent hautes, cylindriques, tandis que les cellules centrales qui font suite aux cellules polyédriques de la couche malpighienne de la gencive et de la lame épithéliale deviennent étoilées et sécrètent un liquide muqueux. Les cellules adamantines cylindriques qui recouvrent l'ébauche conjonctive de la dent sécrètent l'émail et concourent seules à sa formation. Une fois leur fonction terminée, une fois les dents de lait ou permanentes développées, les organes adamantins ne disparaissent pas complètement, comme on le croyait jusqu'au travail de Malassez ; ils persistent au pourtour de la dent sous forme de petits amas épithéliaux. Mais parmi ces amas épithéliaux paradentaires, il en est qui n'ont pas subi une différenciation cellulaire aussi complète que les organes adamantins ; ils proviennent d'autres bourgeons issus de l'épithélium gingival, de la lame éphithéliale, du pédicule des organes adamantins et de la surface externe de ceux-ci. Ces bourgeons qui n'ont pas d'avenir physiologique et qui correspondent en tant qu'ébauches avortées à des bourgeons analogues, mais utiles, que l'on rencontre chez certaines espèces animales dont les dents se renouvellent indéfiniment, ne présentent pas de différenciation cellulaire analogue à celle que nous avons constatée au niveau des organes adamantins. Cependant ils ne nous en intéressent pas moins, car sous certaines influences morbides ils peuvent continuer leur évolution et aboutir à des formations adamantines, mais moins pures, moins complètes que les organes adamantins eux-mêmes. L'aptitude à une différenciation cellulaire, dans ce sens, sera d'ailleurs d'autant moins marquée qu'il s'agira d'amas épithéliaux situés plus superficiellement, et cela se comprend puisque normalement, au cours du développement, l'ébauche dont ils proviennent n'a tendance à se différencier que dans la profondeur, au pourtour de la papille dentaire. Ce fait explique qu'en cas de transformation néoplasique les amas profonds, intra-maxillaires, soient l'origine d'épithéliomas adamantins typiques, que les moyens puissent encore donner naissance à des tumeurs de même nature, mais moins

différenciées, et que les amas superficiels puissent être le point de départ d'épithéliomas pavimenteux sans caractères particuliers.

Parmi les tumeurs adamantines elles-mêmes, c'est-à-dire celles qui présentent des cellules de même ordre que celles des organes adamantins (cellules cylindriques, cellules étoilées), il en est surtout

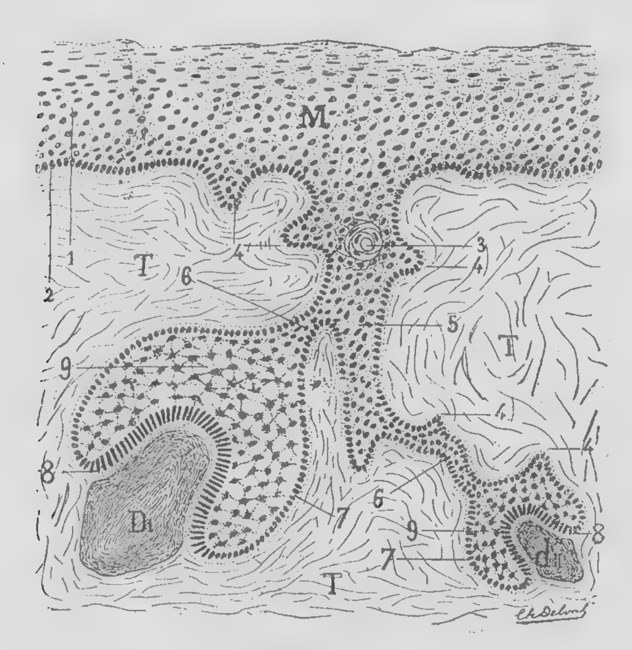


Figure 1.

Constitution et rapports de l'organe adamantin (schématique).

M, muqueuse gingivale ; *T*, tissu conjonctif ; D^1 et D^2, papille dentaire conjonctive de la dent de lait (1) et de la dent définitive (2) ; 1, cellules de la couche de Malpighi ; 2, cellules génératrices de la couche basale ; 3, globe épidermique ; 4, bourgeons aberrants ; 5, lame épithéliale primitive ; 6, pédicule ou cordon folliculaire ; 7, épithélium externe, et 8, épithélium interne, adamantin, du follicule ; 9, réseau des cellules étoilées.

de kystiques (kystes radiculaires, kystes uni ou multiloculaires, kystes dentigères, etc.) qui ne rentrent pas dans le cadre de l'épithélioma adamantin. On doit réserver ce nom aux tumeurs qui présentent un stroma épithélial prédominant et qui de ce fait ont un caractère de malignité locale plus grande. Mais la transformation kystique est cependant un des signes de ces tumeurs, caractère qu'elles doivent à ce fait que les cellules étoilées de l'organe adamantin sécrètent normalement un liquide muqueux qui élargit les espaces limités par leurs prolongements anastomosés ; aussi est-il souvent

difficile de faire le départ entre les kystes multiloculaires et l'épithélioma, les kystes multiloculaires pouvant à la longue présenter un stroma épithélial considérable et se transformer en épithélioma solide, tandis que l'épithélioma tout d'abord solide peut secondairement se creuser de cavités kystiques.

*
* *

Dans ce travail, Malassez signale déjà quelques cas d'épithélioma adamantin ; les observations d'Albarran[1] suivirent de près ; depuis, un certain nombre de faits de ce genre ont été publiés tant en France qu'à l'étranger, on en trouvera l'indication dans les thèses françaises de Chibret[2], Léard[3], Sordoillet[4] ; dans les articles des traités, nous pouvons signaler encore la thèse de Roth[5], les travaux de Steensland[6], de Ferrero[7], l'observation récente de Morestin[8]. L'histoire anatomo-clinique de l'épithélioma adamantin est donc bien connue et, si nous en rapportons deux nouveaux faits, c'est qu'en dehors de l'intérêt qu'il peut y avoir à généraliser la connaissance de cette variété de tumeurs, nous désirons surtout attirer l'attention sur les caractères anatomo-cliniques un peu particuliers que présente l'épithélioma adamantin, suivant qu'il s'est développé aux dépens de débris paradentaires superficiels ou profonds.

A) VARIÉTÉ PROFONDE, INTRA-MAXILLAIRE. — C'est à cette variété que se rapporte la grande majorité des observations d'épithélioma adamantin jusqu'ici publiées. Celle que nous devons à l'obligeance de M. J. L. Faure en est un bel exemple.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, solide, nullement touché dans sa santé générale, et qui se présente avec une ulcération bourgeonnante au niveau du repli gingivo-jugal de l'angle du maxillaire inférieur droit. Cette tumeur ulcérée a son siège sur une cicatrice : le malade a été opéré, en effet, vingt ans auparavant, pour une tumeur du maxillaire inférieur droit. Sans tare morbide héréditaire ou acquise, il avait constaté à l'âge de vingt et un ans un ébranlement

---

1. ALBARRAN. — *Société anatomique*, 1885, p. 307 ; 1886, p. 25 ; *Société de Biologie*, 1887, p. 618, 667 ; *Revue de Chirurgie*, 1888, p. 429, 716.
2. CHIBRET. — *Thèse*, Paris, 1894.
3. LÉARD. — *Thèse*, Lyon, 1900.
4. SORDOILLET. — *Thèse*, Nancy, 1906-1907.
5. ROTH. — « Ueber einige von dem Schmelzkeim abstammende Kiefergeschwülste ». *Thèse*, Lausanne, 1902.
6. STEENSLAND. — *Journ. of experim.*, 1905, n° 4 ; analysé in *Centralbt. für Chir.*, 1906, 2 juin, p. 627.
7. FERRERO. — « Contributo allo studio degli adamantinomi del mascellare inferiore ». *Riforma medica*, 1906, p. 13.
8. MORESTIN. — « Un cas d'épithélioma adamantin ». *Société de Chirurgie*, 1907, 27 mars.

de la dent de sagesse inférieure droite au moment où elle terminait sa croissance, puis, autour de la dent ébranlée, étaient apparues des végétations bourgeonnantes en même temps que le maxillaire augmentait considérablement de volume. En présence du mauvais aspect de ces lésions et de l'existence de petits kystes dans ces masses charnues, on porta le diagnostic d'épithélioma kystique et on pratiqua la résection de la branche montante jusqu'à la première petite molaire exclusivement. Pas de prothèse, pas de déviation. L'état général était bon; mais quinze jours après l'opération, la cicatrisation faite, le malade

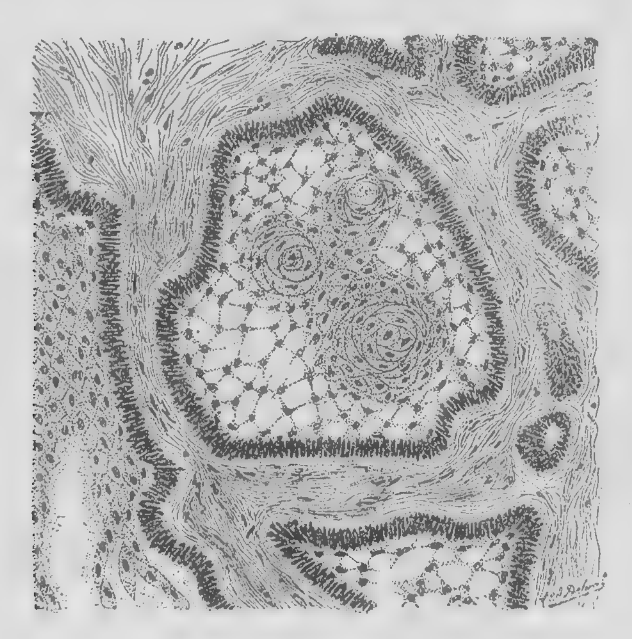


Figure 2.
Epithélioma adamantin (obs. 1).

aperçoit sur la cicatrice un petit point rouge au niveau duquel se développe une végétation analogue comme aspect à celles précédemment enlevées et qui récidive indéfiniment malgré un curettage chirurgical et malgré que le malade se fît lui-même un curettage tous les deux mois, et cela pendant dix-sept ans. L'ulcération bourgeonnante augmentant de dimensions, il se décide à se faire réopérer. M. Faure pratique une ablation large de l'ulcération et, pour plus de sûreté, enlève les ganglions correspondants, qui sont légèrement augmentés de volume.

L'examen histologique de la tumeur donne des figures tout à fait particulières (fig. 2). On constate sur les coupes un nombre considérable d'alvéoles irréguliers, à bords festonnés, limités par un tissu conjonctif fibrillaire assez pauvre en cellules. Le tissu épithélial qui remplit ces cavités présente, en allant de la périphérie au centre, trois couches

concentriques : 1° une assise de cellules cylindriques, très hautes, serrées les unes contre les autres, à noyaux fortement colorables, allongés, quatre ou cinq fois plus longs que larges ; cette assise représente la couche des cellules à émail du follicule adamantin normal ; 2° un réticulum de cellules polygonales, étoilées, dont les angles minces et effilés s'unissent les uns aux autres en circonscrivant de larges mailles irrégulières, caractéristiques du réseau de l'émail ; 2° un amas central plus ou moins important de cellules malpighiennes typiques, riches en protoplasma, réunies par de courts filaments d'union et souvent disposés concentriquement autour d'un ou plusieurs globes épidermiques.

L'examen des ganglions ne permet de constater qu'une légère réaction inflammatoire, sans aucune trace d'envahissement néoplasique.

Cette observation présente les principaux caractères de l'épithélioma adamantin : le début des accidents au moment de l'éruption dentaire ; le siège de la tumeur au niveau du maxillaire inférieur (on ne trouve cités que deux cas de cette affection au maxillaire supérieur, l'un d'Albarran, l'autre de Jacques et Sordoillet) ; l'allure clinique habituelle de la maladie débutant par l'ébranlement des dents et de la douleur à la mastication. Ces troubles conduisent à l'ablation d'une ou plusieurs dents, les douleurs cessent alors, mais on constate souvent des bourgeons charnus qui viennent faire saillie au niveau des alvéoles des dents disparues. Le maxillaire est très augmenté de volume ; on perçoit dans sa masse une tumeur parfois dure, mais habituellement rénittente et qui donne, quand on la déprime, une sensation parcheminée due à ce que la tumeur est enveloppée par une mince lamelle osseuse éburnée, élastique. Cette tumeur peut devenir énorme, atteindre le volume d'une tête de fœtus et envahir la fosse zygomatique, l'espace sphéno-maxillaire, etc. Dans ces cas, on observe des troubles fonctionnels qui dépendent du volume même de la tumeur, mais celle-ci n'est pas douloureuse et l'état général reste bon.

La néoplasie récidive sur place, si elle n'est pas enlevée en totalité ; elle devient envahissante pour les tissus voisins, mais sa malignité reste locale. Parker, Eve-Heath ont seuls signalé des métastases à distance, mais ces observations sont douteuses, quant à la nature adamantine de la tumeur, comme l'a montré Léard. Les ganglions ne sont jamais envahis par la néoplasie, et, s'ils sont parfois gros et douloureux, leur hypertrophie correspond à une inflammation simple sous la dépendance de phénomènes infectieux greffés sur la tumeur et qui peuvent même aboutir à la formation de fistules gingivales.

Le *diagnostic* clinique pourra donc être posé le plus souvent, basé sur ces caractères particuliers de la tumeur. Il est des cas ce-

pendant fort difficile. Au début, les troubles dentaires compliqués parfois d'infection avec fistules pourraient faire penser à une ostéo-périostite, le stylet conduit non pas sur un os dénudé, mais sur des masses charnues. A la période d'état, c'est surtout avec un ostéosarcome kystique que l'erreur a été commise ; toutes les tumeurs maxillaires peuvent prêter à confusion : tuberculose, syphilis, actinomycose, cancer à point de départ gingival[1] ou sinusien ; les autres tumeurs paradentaires (kystes, odontomes, etc.) ont enfin bien des points de rapprochement avec l'épithélioma adamantin. Dans les cas embarrassants, et cela est aisé lorsque des bourgeons viennent faire saillie à la surface de la muqueuse, on prélèvera une parcelle du tissu ; l'examen histologique tranchera d'autant plus facilement le diagnostic que ces tumeurs profondes sont d'ordinaire nettement différenciées. Dans quelques observations, en effet (Chibret, Bérard et Nové-Josserand), on rencontrait sur les coupes de véritables organes adamantins entourés même par une ébauche d'émail ; dans d'autres observations (Allgayer, Tapie, Wieman, Becker, etc.) on constatait encore, comme dans la nôtre, une différenciation très marquée : cellules cylindriques, cellules étoilées, globes épidermiques. Dans d'autres, il y avait une structure semblable, mais les globes épidermiques faisaient défaut ; enfin, on constate parfois des boyaux de cellules cylindriques hautes limitant une cavité, les cellules étoilées ayant disparu ; on peut rencontrer enfin des cellules étoilées reposant sur une couche de cellules basales non différenciées. Mais ce dernier type est plus fréquent dans la variété superficielle dont nous allons maintenant rapporter un exemple ; les considérations pathogéniques que nous avons rappelées brièvement expliquent cette différence de structure des tumeurs profondes et superficielles.

B) Variété superficielle, gingivale. — Elle est beaucoup plus rare ; l'observation que nous devons à l'obligeance de M. Schwartz, rapprochée de celles précédemment publiées, montre que l'épithélioma adamantin se présente sous les allures cliniques d'une épulis.

Observation. — Il s'agit d'un homme de cinquante-sept ans, sans antécédents héréditaires ou personnels intéressants, qui, depuis un an, s'aperçoit de l'existence d'une tumeur siégeant sur le rebord alvéolaire de la gencive inférieure, au niveau et en avant des petites molaires droites. Peu de temps après se formait sur le bord postérieur de la gencive une tumeur analogue. La tuméfaction indolore s'étendit progressivement et détermina la chute des molaires, des canines, puis des incisives de ce côté. La tumeur est actuellement rougeâtre, bosselée ; elle saigne facilement, elle adhère au bord supérieur du maxillaire, mais l'os n'est pas hypertrophié. On sent, à droite, quelques

1. Morestin. — « Cancer du maxillaire inférieur à point de départ gingival ». *Société anatomique*, 1901, novembre, p. 609.

petits ganglions au niveau de la région sus-hyoïdienne. L'état général est bon. L'opération est pratiquée ; ablation de la tumeur avec résection de l'os sous-jacent sur une longueur de 3 centimètres, évidement de la loge sous-maxillaire. Suites normales ; le malade, revu un an et demi après, est guéri.



Figure 3.
Epithélioma adamantin (obs. II).

L'*examen histologique* (fig. 3) montre l'existence de boyaux cellulaires limités par une couche irrégulière de cellules cylindriques peu élevées ; les cellules centrales des boyaux présentent l'aspect fusiforme ou étoilé à prolongements anastomosés. Par places, on rencontre de grosses cellules vésiculeuses, d'aspect un peu granuleux, à noyau clair, réunies par groupes offrant l'aspect et la situation de globes épithéliaux (globes muqueux).

L'histoire clinique a donc été celle d'une épulis ; les observations en sont rares ; citons celles de Malassez, d'Albarran. Le diagnostic de la nature est fort difficile ; il l'est même souvent anatomiquement, car s'il est aisé sur les coupes d'éliminer le fibrome, le sarcome, ou l'ostéosarcome à myéloplaxes, il est fort délicat parfois de séparer cette forme d'épithélioma adamantin d'un épithélioma tirant son origine de la muqueuse gingivale. La difficulté vient de ce fait, sur lequel nous avons déjà insisté, que l'épithélioma adamantin provient alors de débris épithéliaux paradentaires superficiels qui ont de par leur origine peu de tendance à se différencier en cellules adamantines.

Notre observation en est un exemple ; les cellules de l'assise profonde sont cylindriques, basses, et tendent à rappeler les cellules de Malpighi de la muqueuse gingivale, mais les cellules centrales sont nettement différenciées ; elles sont étoilées et leurs prolongements ne peuvent être confondus avec les filaments d'union des cellules polyédriques des tumeurs malpighiennes.

*
* *

Ces deux observations d'épithélioma adamantin, qui représentent ses deux formes extrêmes, montrent bien ses particularités. Son évolution spéciale conduit à une thérapeutique particulière. Le danger réside uniquement dans la récidive, et l'extension locale de la néoplasie, qui n'envahit pas les ganglions, ne se généralise jamais et ne détermine pas d'altération grave toxique de l'état général. Il faut donc extirper totalement la tumeur ; un simple curettage est insuffisant, comme notre première observation le prouve, mais il n'y a nul besoin d'entamer très largement sur les tissus voisins ; l'hypertrophie des ganglions, lorsque le diagnostic ferme a pu être posé cliniquement et anatomiquement, ne doit pas conduire à leur extirpation; tous les examens histologiques sont unanimes à montrer l'absence d'envahissement ganglionnaire.

Traité ainsi, l'épithélioma adamantin guérit toujours et le chirurgien peut répondre du succès. Le diagnostic exact de l'affection conduit donc à une thérapeutique relativement conservatrice dans une région où les vastes délabrements sont si pénibles pour le malade ; il permet, d'autre part, de lui donner confiance, alors que le mauvais aspect de la tumeur, son extension progressive, souvent son énorme volume donnaient à penser au plus ignorant qu'il était porteur d'une tumeur maligne.

Nous avons eu pour but, en rapportant ces deux observations, de rappeler que le diagnostic clinique et anatomique se présente différent suivant qu'il s'agit de la forme profonde ou de la forme superficielle de l'épithélioma adamantin. Dans la première, le mode de début de la tumeur, son évolution permettent souvent, de par la seule clinique, de penser à son origine adamantine, et l'examen biopsique, lorsqu'il est possible, lèvera tous les doutes en montrant des figures histologiques tout à fait spéciales.

Dans la forme superficielle, le diagnostic clinique et anatomique est plus délicat ; cependant, il faut rechercher avec soin s'il n'existe pas quelques points de différenciation adamantine même ébauchée.

Les remarquables travaux de Malassez sur l'origine de ces tumeurs rendent parfaitement compte de ces formes anatomo-cliniques.

(*La Presse médicale*, 9 décembre 1908.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 12 janvier 1909.

La Société d'Odontologie a tenu sa réunion mensuelle le mardi soir 12 janvier 1909, à 9 heures, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Barrié, président.

L'adoption du procès-verbal de la séance du 7 novembre 1908, mise aux voix, est votée sans observations.

Il est donné lecture de lettres de MM. Delair et Péré qui demandent l'ajournement de leurs communications.

M. Godon demande à prononcer quelques paroles au sujet *de la réforme des études dentaires*, avant de donner connaissance de sa communication.

M. Godon. — Avant de vous exposer ma communication je tiens à vous annoncer une heureuse nouvelle. Les décrets relatifs aux réformes des études et des examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste ont été publiés ce matin dans le *Journal officiel*.

A partir du 1er novembre prochain, ces réformes seront appliquées; le nouveau mode des examens, les nouveaux programmes, les nouvelles conditions d'études entreront en vigueur. Je suis heureux que la Société d'Odontologie soit réunie ce soir et que ce soit très certainement la première Société professionnelle qui apprenne en séance cette excellente nouvelle. D'ailleurs c'est justice, parce que nous pouvons dire, messieurs, que ces réformes ont été étudiées, réclamées et poursuivies par cette Société et par cette Ecole depuis 1893. Nous pouvons dire que particulièrement au mois de décembre 1903, dans une Commission composée de MM. Martinier, Papot, Sauvez, Roy, Godon, nous avons été en délégation, de la part de l'Ecole dentaire de Paris, auprès du Recteur de l'Académie, pour lui exposer les desiderata de notre groupement, de notre profession au sujet des modifications que nous réclamions aux conditions d'études et d'examen.

Le recteur, après avoir examiné nos desiderata et les avoir discutés avec nous dans une longue audience, nous a priés de faire un rapport. Nous le lui avons adressé après l'avoir discuté dans la même Commission, avec les mêmes collaborateurs, après l'avoir présenté au Conseil de l'Ecole, après l'avoir soumis enfin à nos diverses associations et à la Fédération dentaire nationale. Après

avoir reçu ce rapport, le recteur l'a envoyé au Ministère de l'Instruction publique. Il fut ensuite remis à la Commission de médecine et de pharmacie et servit de base au projet de réforme.

C'est cette Commission qui nous a appelés, au mois de mai dernier, pour discuter avec nous les divers points de ce rapport, et qui nous a proposé le stage de deux ans que nous avons accepté après avoir pris l'avis du Conseil de l'Ecole. C'est cette Commission qui nous a chargés d'établir un programme d'examen d'études et de validation de stage. Vous verrez que tout ce qui figure dans ce programme correspond à ce qui figure dans le programme de notre première année : dessin, moulage, physique, chimie, métallurgie. C'est M. Serres qui a établi le programme de physique, mécanique et métallurgie ; M. Grimbert a établi le programme de chimie, tous deux professeurs à l'Ecole.

Le programme qui est reproduit dans l'*Officiel* est celui que nous avons remis au nom du Conseil de Direction de l'Ecole à la Commission des réformes.

Je dois ajouter que c'est de cette Société d'Odontologie qu'il y a deux ans, sur la proposition de M. Touchard, est sortie l'idée de nommer une Commission pour examiner les revendications qu'il nous fallait formuler au sujet des réformes des études et des examens, cela précisément au moment où M. le professeur Lannelongue avait rédigé le rapport fait à la Commission de médecine et de pharmacie et dans lequel figuraient déjà la plupart des réformes que nous avions demandées au recteur dans notre rapport.

Le rapport Roy-Villain, qui est sorti des délibérations de la Commission nommée à la Société d'Odontologie, contient lui aussi toutes les réformes qui figurent maintenant à l'*Officiel*. Nous devons nous réjouir de ces réformes qui sont une véritable révolution dans la profession. Elles vont modifier considérablement les conditions d'exercice de notre profession, et exiger, de la part de nos Sociétés, une étude sérieuse au point de vue des programmes que nous aurons à appliquer ici, et même au point de vue de notre évolution et de notre orientation.

Ces décrets nous donnent donc satisfaction sur la plupart des points. Cela ne veut pas dire que nous n'aurons plus à agir : les lois et les décrets ne sont bons que par leur application, nous aurons désormais à veiller à leur application pour en tirer tous les avantages que nous pouvons en espérer. Ce que je voulais vous dire ce soir, c'est que nous devons nous féliciter de la publication de ces décrets et tout particulièrement en tant que Société d'Odontologie, car notre société montrait, il y a deux ans déjà, le grand intérêt qu'elle prenait à ces questions en nommant une Commission spéciale pour s'en occuper. Nous devons remercier tous ceux qui ont contribué à ce résultat.

Je crois, messieurs, que nous ne pouvions mieux ouvrir cette

séance qu'en vous faisant part de ces bonnes nouvelles. (*Applaudissements unanimes.*)

I. — Procédé de détermination, au début du traitement, des déplacements dentaires a opérer en orthodontie, par M. Godon.

Dans ce travail, qui sera publié prochainement, M. Godon expose comment il a recherché les moyens avant tout redressement, de faire sur des modèles appropriés, l'étude des forces à employer, et en somme l'expérimentation préalable des appareils adoptés.

Discussion.

M. Henri Villain. — M. Godon a rappelé que je lui ai parlé de la méthode employée par M. Bogue. J'ai en effet reçu plusieurs communications de M. Bogue qui s'occupe beaucoup d'orthodontie. Son procédé n'est pas du tout semblable à celui de M. Godon et n'a pas non plus la même valeur ; il ne l'emploie du reste que dans les cas d'atrésie des maxillaires. Après avoir fait sur papier le diagramme de l'arcade normale en prenant la largeur des incisives, d'après la méthode de Hawley, il coupe le modèle par le milieu et laisse entre les deux fragments l'espace nécessaire afin que les cuspides linguales ou palatines des molaires soient à la même distance que celles représentées schématiquement sur le diagramme. Puis il remplit l'espace avec de la cire, et pour les maintenir ensemble il coule une base en plâtre.

La méthode de Hawley, à laquelle j'ai souvent recours, quoique n'étant pas parfaitement exacte, me donne, au début d'un redressement, une idée très suffisante du déplacement à faire effectuer aux dents pour obtenir une arcade en rapport avec les dimensions des dents.

Le système de M. Godon a l'avantage de reproduire le modèle avec des dents de même grandeur et de même forme que celles du patient, de se prêter à l'étude des différents mouvements à leur faire subir, et enfin de permettre d'avoir un modèle sous les yeux tout le temps que dure le traitement.

En terminant je demanderai cependant à M. Godon si les différentes préparations que nécessite sa méthode ne sont pas un peu longues, pour qu'il soit permis d'en généraliser l'emploi à tous nos cas difficiles d'orthodontie.

M. Touvet-Fanton. — La méthode de M. Godon vient renforcer la méthode numérique, à laquelle a fait allusion M. Villain. Toutes deux sont utiles, mais il y a cette différence : l'une est tout à fait théorique, idéale ; l'autre est tout à fait pratique, matérielle.

Pour le praticien, la méthode de M. Godon offre cet intérêt de

présenter quelque chose qu'on peut toucher, travailler, et on a ainsi des indications pratiques, qui peuvent être utilement employées pour l'application des différentes forces. Il est déjà assez difficile de préciser d'emblée ce qu'on va obtenir, dans un seul but donné, en appliquant une force unique sur un champ opératoire tel que les maxillaires ; mais lorsqu'on met en action, en suivant les méthodes modernes, un nombre indéterminé de forces disséminées sur toute l'arcade dentaire, les petits inconvénients que signalait M. Godon peuvent se produire, parce qu'il arrive que des forces s'opposent les unes aux autres et changent la résultante que l'on avait conçue. Il devient difficile de combiner, *a priori*, toutes ces forces entre elles. Mais avec le système de M. Godon, on peut préjuger quelque peu du résultat qu'on obtiendra, on peut avoir une orientation tout à fait tangible ; et cela est le côté particulièrement intéressant de cette présentation.

M. Georges Villain. — Je voudrais poser quelques questions à M. Godon et notamment lui demander s'il s'occupe des rapports des deux arcades, et comment, s'il le fait à l'aide d'un articulateur lui permettant des mouvements de propulsion et rétropulsion du maxillaire inférieur. Je lui demanderai également s'il se préoccupe des rapports des arcades radiculaires avec le maxillaire. Je crois que son système comme celui de M. Subirana (le téradontographe) serait surtout utile pour nous rendre compte de l'étendue du déplacement d'un certain nombre de dents, lorsque nous avons des anomalies plus complexes que la contraction de l'arcade, la rétroversion ou l'antéversion coronaires. Il me semble que pour les anomalies simplement coronaires l'indice de Pont ou la méthode de Hawley nous fournissent des indications amplement suffisantes.

Hormis la possibilité de montrer à nos malades avant toute intervention ce que sera l'aspect de leur bouche, corrigée de ses anomalies, je ne vois dans ce système un avantage réel que si l'on nous donne la possibilité de déplacer la dent toute entière et de nous rendre compte du mouvement à imprimer aux racines.

M. Francis Jean. — Le procédé de M. Godon peut nous donner une idée du résultat probable de notre intervention. Cependant, il ne donne d'indications que sur la position des couronnes, il semblerait que les dents n'ont que des couronnes à redresser. Or, en orthodontie la question des racines est de la plus haute importance, et je crois que le procédé de M. Godon devrait être complété, pour être pratique, par des épreuves radiographiques.

Je vais vous citer un cas que notre collègue ne pourrait pas résoudre avec son système : la rotation sur l'axe, par exemple. Les dents qui sont mal rangées par chevauchement et entassement dans l'arcade alvéolaire, présentent souvent des anomalies radiculaires.

Dans le cas de rotation sur l'axe, vous pourriez, sur des moulages, ranger les couronnes des dents comme il conviendrait qu'elles fussent placées normalement, mais si l'anomalie de position, pour l'une quelconque des dents à redresser, est subordonnée à une anomalie de forme de sa racine, vous vous exposerez certainement à des tâtonnements, à des mécomptes, et n'obtiendrez satisfaction qu'en employant des moyens très particuliers.

Dans le cas dont je veux parler, il s'agissait de redresser une incisive latérale supérieure en rotation sur l'axe, d'à peu près un tiers. Pour faire pivoter la dent sur elle-même, j'appliquai l'appareil convenable, une bague munie de petits crochets pour des élastiques destinées à imprimer le mouvement nécessaire. Grâce à un léger intervalle latéral, je réussis en une quinzaine de jours à obtenir une torsion suffisante ; la face labiale était en bonne position, mais l'organe, par enfoncement alvéolaire, s'était raccourci considérablement, à tel point que la disposition primitive était préférable pour l'esthétique. Craignant que les forces employées aient été mal combinées, je laissai l'anomalie revenir au point de départ, et recommençai ensuite en modifiant la direction des tractions continues. Dans le même espace de temps, la correction fut obtenue avec les inconvénients d'enfoncement identiques au résultat de la première intervention. J'eus alors l'idée de recourir à la radiographie, et grâce à ce moyen je me suis expliqué le mécanisme de mon échec. Il s'agissait d'une racine en forme de spirale et chaque fois que je lui imprimais le mouvement de torsion indispensable, elle s'enfonçait dans le maxillaire comme une vis. Les éclaircissements radiographiques me permirent alors de corriger d'une façon satisfaisante cette anomalie, en pratiquant la rotation et simultanément la traction verticale de haut en bas. Voilà ce qui m'est arrivé.

Je crois donc que des incidents analogues pourront se produire ; néanmoins, le procédé de M. Godon, rendra des services surtout à l'enseignement, et dans la pratique aussi à condition d'avoir recours à la radiographie.

M. Mendel-Joseph. — Je pense que le procédé de M. Godon est surtout destiné à nous montrer si nous avons suffisamment d'espace pour placer convenablement les dents. Très souvent la malposition des dents est telle qu'il est impossible au premier abord de se rendre compte si la mâchoire offrirait suffisamment de place pour loger les dents dans leur situation normale. Le procédé Hawley avait justement pour but de déterminer d'avance, avant toute application des forces, la place qui convient à chaque dent ainsi que la ligne de l'arcade dentaire conforme à chaque cas ; mais il a le défaut d'être trop compliqué et, partant, d'une application pratique restreinte. Cependant au point de vue de la précision ce procédé me paraît excellent.

Depuis des années je me sers, dans les cas un peu compliqués, du procédé suivant : sur une feuille de papier, de préférence quadrillé, je trace au crayon une ligne droite : j'applique le modèle sur le papier, les dents en bas, en prenant soin que les premières cuspides jugales de la dent de six ans de chaque côté correspondent exactement à la ligne tracée. Le modèle ainsi placé, je trace minutieusement sur le papier le contour externe de toutes les dents. Au milieu de la ligne qui joint les deux cuspides des premières molaires j'élève une perpendiculaire qui passe par le point mésial antérieur. Je marque ce point, je possède ainsi trois points de repère l'un antérieur, les autres postérieurs grâce auxquels je trace une courbe représentant la ligne de l'arcade que je me propose d'obtenir. Sur cette courbe j'inscris les diamètres mésio-distaux de toutes les dents jusqu'aux premières molaires. On se rend compte de la sorte si l'arc est suffisant pour permettre la disposition normale des dents.

M. Frey. — Pour localiser la discussion au sujet de la fort ingénieuse communication de M. Godon, je me demande s'il ne serait pas utile d'appliquer constamment, dans les cas d'atrésie, ou de diminution du diamètre frontal du maxillaire supérieur, le procédé de mensuration de Pont (de Lyon) ; procédé à la fois simple et pratique.

On disait tout à l'heure que quelquefois on ne sait quand s'arrêter. Ce procédé l'indique exactement. Prenons 2 exemples :

1er cas : diamètre incisif = 31 mm.
distance 1res prémolaires = 34 mm.
distance 1res grosses molaires = 44 mm.

Nous connaissons les formules de Pont :

$$\left\{\begin{array}{l}\dfrac{\text{Diamètre incisif} \times 100}{\text{Distance 1res prém.}} = 82.\\[2ex]\dfrac{\text{Diamètre incisif} \times 100}{\text{Dist. 1res grosses mol.}} = 65.\end{array}\right.$$

Donc ici : $\frac{3100}{82} = 37$. Nous avons 34 ; il faut dilater le diamètre prémolaire de 3 mm.

$\frac{3100}{65} = 47$. Nous avons 44 ; il faut dilater la distance 1res grosses molaires de 3 mm.

2e cas : diamètre incisif = 28 mm.
distance prémolaire = 32 mm.
distance 1res grosses molaires = 43 mm.

$\frac{2800}{82} = 34$. $\frac{2800}{65} = 43$. Ici la dilatation ne devra porter que sur la région prémolaire ; elle devra atteindre 34 — 32, c'est-à-dire 2mm. Pas de dilatation à faire au niveau des 1res grosses molaires.

M. Godon. — En réponse à M. H. Villain, je dirai que la prépa-

ration des modèles n'est pas très longue. De toutes les combinaisons que j'avais cherchées, c'est celle qui m'a paru être la plus pratique, la plus courte. Il n'y a que deux empreintes à prendre, au godiva, puis une coulée de spence métal. Après cela on sépare les dents, on les replace dans l'empreinte et on coule le modèle. Ces préparations-là se font au laboratoire. Avec un peu d'habitude, cela se fait très facilement.

M. Georges Villain nous a parlé des déplacements radiculaires. Evidemment, si les couronnes sont exactement la reproduction des couronnes de la bouche, on n'obtient pas par mon procédé la reproduction exacte des racines. J'avais essayé, non pas de reproduire les racines des dents du malade, ce qui est impossible, mais d'ajouter des racines aux couronnes. Nous avons des moules en cuivre qui ont été faits par M. Delair. J'ai donc essayé de faire ces racines et de les appliquer après sur les couronnes. C'était là un travail assez long et ce n'était, malgré tout, pas exact, puisque les racines ne sont pas toutes semblables. Par conséquent j'avoue que nous ne pouvons avoir que des racines approximatives. Mais on ne peut pas dire, comme l'a fait tout à l'heure M. Francis Jean, que cela ne représente pas la difficulté du traitement. Dans la rotation sur l'axe, qu'il citait, vous avez tout de même à vaincre les résistances exercées par les dents voisines. Ce n'est pas seulement rien que l'atrésie, rien que l'extension des mâchoires que vous pouvez expérimenter là, vous pouvez aussi expérimenter les déplacements des dents. Dans ces modèles-ci, par exemple, ce n'était pas seulement de l'extension qu'on a fait, il y a des petites incisives qui étaient en rétroversion, placées dans l'intérieur de la mâchoire, il y avait rétrusion et rotation sur l'axe. Et on a pu voir quelles forces il fallait employer, dans quelle direction on devait employer ces forces pour conduire ces petites incisives à leur place et quelle extension on était obligé de faire pour obtenir ce modèle. Je reconnais qu'il serait souhaitable que quelqu'un arrivât à découvrir le moyen d'ajouter des racines normales exactes ; dans tous les cas je n'ai pas la prétention que ce procédé soit susceptible de remplacer tous les moyens que nous avons de nous rendre compte de toutes les opérations à faire pour le traitement d'une irrégularité ; au contraire, je suis d'avis qu'il faut les employer tous, parce qu'on ne saurait jamais s'entourer de trop de renseignements.

Je n'ai pas parlé tout à l'heure des procédés de Hawley ou de Campion, je pensais vous parler des procédés de Pont que j'emploie toujours parce qu'ils sont excellents. Il y a cependant des points imprécis dans les procédés de Pont, puisqu'il vous dit 78 ou 82, et nous avons vu souvent que même dans le barrême qu'il nous a remis que ces chiffres ne sont pas toujours très précis, toujours exacts à un ou deux millimètres près. Cela est bien près d'être exact, mais cela ne l'est pas parfaitement ; nous obtiendrons des précisions analogues à la

méthode de Pont si les modèles sont bien faits et nous pourrons les contrôler.

M. Francis Jean a tout à fait raison lorsqu'il dit que pour les racines il y a la radiographie. Dans tous les redressements, si c'est possible, on doit effectivement employer la radiographie.

Nous n'avons pas parlé des graphiques et M. Mendel-Joseph nous signalait avec raison qu'ils peuvent être aussi utilement employés. Il serait souhaitable d'avoir des graphiques exacts du bord interne et du bord externe des dents, mais ils sont très difficiles à faire. Et, dans tous les cas, le procédé que je vous ai présenté est encore supérieur, il parle mieux aux yeux. Les méthodes d'Hawley et de Pont, dont je ne veux pas dire de mal, puisque je les emploie, doivent rester des auxiliaires de cette méthode, mais elles ne me paraissent pas suffisantes à elles seules.

On a dit que les couronnes étaient obtenues artificiellement. Je crois que si le travail est bien exécuté, elles se rapprochent autant des dents de la bouche que le peuvent les dents d'un modèle.

En réalité, c'est un procédé qui peut être perfectionné, je souhaiterais qu'on put employer le métal blanc, mais je n'ai pas pu trouver de métal coulant à une aussi basse température dans le godiva. Je termine en vous répétant que cela ne remplace pas ce qui existe, ni les graphiques, ni la méthode de Pont, ni celle d'Hawley, ni la radiographie. C'est un procédé utile pour ceux qui veulent étudier d'avance un redressement difficile, ou veulent l'enseigner aux élèves.

II. — Sur quelques formes de nécrose des maxillaires, par M. M. Roy.

Dans ce travail, qui sera publié, M. Roy insiste sur la marche rapide qui caractérise certaines formes de nécrose des maxillaires ; il signale les inconvénients que peut présenter une intervention précoce, qui peut créer d'irréparables pertes de substance.

Discussion.

M. Frey. — Il est un point sur lequel M. Roy a insisté avec raison tout à l'heure, c'est la rapidité des nécroses. Il s'agit là évidemment de ces infections anaérobiques, à évolution gangréneuse, sur lesquelles toute l'école de Veillon a attiré l'attention avec Zuber, Rist, etc. et surtout avec Monnier pour les infections dentaires.

Je me rappelle un cas, observé dans ma clientèle, où un réveil infectieux, au niveau d'une dent obturée depuis 15 ans, provoqua avec une rapidité foudroyante toute la symptomatologie d'une angine de Ludwig. Je n'arrivai à bout des accidents d'œdème du plancher de

la bouche, de la langue elle-même et des phénomènes d'intoxication générale (prostration et fièvre) que par la large ouverture médiane sus-hyoïdienne d'une part, et par des frictions du corps au collargol, d'autre part. Au bout de peu de temps, je retirai par la plaie un vaste séquestre.

Il est bon d'attirer l'attention des confrères sur ces toxi-infections anaérobiques avec gangrène rapide, qui ne sont malheureusement pas rares dans notre spécialité.

III. — La vérité sur le triangle équilatéral de Bonwill, par M. Choquet.

M. Choquet lit une communication sur ce sujet, au cours de laquelle il projette un grand nombre de clichés. (Cette communication figure en tête du présent numéro.)

Discussion.

M. Georges Villain. — Bien que sachant que M. Choquet n'a pas voulu attaquer la personnalité de Bonwill je me vois cependant obligé de prendre sa défense.

M. Choquet vient de critiquer le triangle équilatéral de Bonwill, il nous citera encore d'autres points, nous dit-il, j'en serais pour ma part enchanté et j'aimerais voir ce sujet être l'objet d'une large discussion lorsque notre confrère aura terminé son travail. Je vous demanderais cependant la permission d'exposer aujourd'hui mes idées contradictoirement avec M. Choquet et à m'inscrire dès maintenant pour les discussions futures sur les travaux se rapportant à ce sujet et qu'il nous promet.

M. G. Villain déclare qu'il reste partisan des théories de Bonwill, non des lois de Bonwill ; malgré les erreurs que comportent celles-ci, les services qu'elles ont rendus à la prothèse sont inestimables. M. G. Villain projette à son tour un certain nombre de clichés (La réponse de M. Villain est publiée page 313.)

M. Godon. — M. Villain a, à mon avis, placé la question au point. Dans ces questions de physiologie, on est obligé de faire des moyennes.

Il s'agit cependant de savoir si les lois de Bonwill sont tout à fait fausses ou si au contraire elles renferment une part de vérité. Tout d'abord je veux dire à M. Choquet combien je trouve ses travaux intéressants, combien il est utile de reviser sans cesse les théories scientifiques. En matière de science il n'y a pas de foi ou, s'il y a une foi scientifique qui nous fait accepter nombre de choses que nous n'avons pas le temps de contrôler, il est toujours entendu qu'elles peuvent être contrôlées à un moment donné.

Choquet nous rend service en nous montrant par des travaux extrê-

mement sérieux et longs, auxquels il s'attache avec ardeur, les erreurs que nous avons acceptées de bonne foi. Mais il faut rendre à chacun ce qui lui est dû et j'ai été heureux d'entendre M. G. Villain nous dire ce que nous devons à Bonwill, malgré des erreurs qui sont le fait de toutes choses humaines. M. Choquet nous signale ce soir un point qui est à examiner.

On vous montrait tout à l'heure l'articulateur de Bonwill. C'est à mon sens, au point de vue de la prothèse, une invention très heureuse et Bonwill avait raison de dire : vous devez faire vos travaux sur des articulateurs physiologiques. Il a commis toutefois une première erreur, puisqu'il reproduisait avec son articulateur les mouvements de l'articulation temporo-maxillaire sur un plan horizontal, ils se produisaient ainsi semblables de chaque côté, alors que, depuis, différents travaux nous ont montré que ces cas sont extrêmement rares et que les mouvements se produisent sur des plans différents de chaque côté et obliques. Il n'empêche que les articulateurs physiologiques de Bonwill ont amené cette admirable série de travaux qui vous étaient cités tout à l'heure.

Choquet nous dit qu'il a mesuré une série de 138 crânes, et qu'il n'en a trouvé que quatre où il y eût le triangle équilatéral. Donc, un premier point que je souligne : Choquet admet que le triangle équilatéral existe. Bonwill ne vous a pas avancé une chose inexistante.

Choquet ajoute que dans cette série de crânes, pour certains le triangle n'est pas tout à fait équilatéral, dans d'autres cas il ne s'en éloigne pas considérablement.

Il nous a dit lui-même il y a quelque temps : toutes les dents s'articulent « une sur une » dans la proportion de 62 o/o. Sur 100 cas les dents s'articulent soixante-deux fois une sur une au niveau des molaires. Or, Angle nous dit : sur 1.000 cas 692 cas s'articulent une sur deux au niveau des molaires dans la 1re classe de sa classification.

Nous nous sommes demandé d'où provient cette différence. J'avais été étonné de cette observation de Choquet qui contredisait les chiffres d'Angle. Je m'empresse de dire que je ne doute nullement du soin avec lequel Choquet a fait ses mesures, ni de la vérité et de la sincérité des résultats qu'il nous a communiqués.

Mais nous avons cherché à nous expliquer cette différence et nous avons trouvé ceci : c'est que Choquet opérait sur des pièces sèches alors que Angle opérait sur des sujets vivants. Comme il s'occupait de redressements, il n'avait pu faire d'erreur sur l'articulation, et les rapports se trouvaient sur les vivants plus facilement que ne pouvait les trouver Choquet sur ses pièces sèches où il avait affaire à des crânes dont les dents étaient usées ce qui fait qu'il n'avait pas de guide ; les ligaments articulaires détruits.

M. Godon. — J'ai dit à mes collaborateurs : nous allons examiner

tous nos patients à ce point de vue. Or, dans ma clientèle, j'ai trouvé que, dans 8 cas sur 10, le rapport des dents était 1 sur 2 au niveau des molaires. Vous pouvez faire vous-même cette petite enquête. Si vous le voulez nous examinerons les malades de la clinique et vous verrez que nous trouverons, pour presque tous les cas, le rapport de 1 sur 2, en tous cas la plus grande majorité.

Pour le triangle équilatéral, Choquet ne trouve que 4 cas sur 138, Bonvill a trouvé un plus grand nombre de cas, puisqu'il a pu dire que le plus souvent il y avait un triangle équilatéral. Si vous me disiez, je n'ai jamais trouvé cela, ce serait une autre affaire. Mais il y a là une question de proportion et de chiffres, une question d'observations. Bonwill était un homme extrêmement sérieux, qui paraissait très minutieux. Je l'ai connu en 1889. Nous l'avons revu à l'Ecole plusieurs fois et, en Amérique en 1893. C'était un travailleur très consciencieux. J'ai très confiance dans ce qu'il nous a dit. Je sais qu'il a fait des erreurs, mais pour moi l'ensemble de sa méthode, de son enseignement au point de vue de la prothèse reste très vrai, malgré certaines erreurs. Au point de vue des chiffres, il y a à revoir comme il y a à revoir ceux d'Angle, avec ceux que citait M. Choquet. Il peut y avoir pour ces observations des séries différentes, il peut arriver que dans les 138 cas examinés par M. Choquet ne se trouve pas le triangle équilatéral, ou qu'ils ne le présentaient que quatre fois, mais peut-être qu'une autre série en offrirait davantage de cas.

M. Choquet. — Je répondrai à M. Godon qu'il ne faut voir dans ma communication de ce soir que le désir de mettre les choses au point. En résumé, les théories de Bonwill sont basées exclusivement sur la présence de ce triangle équilatéral qui partant du milieu des condyles doit aboutir au niveau des incisives centrales inférieures. En pareille occurrence prenez n'importe quel maxillaire, et mesurez-le avec un compas, vous vous rendrez parfaitement compte que votre triangle équilatéral n'existe pas. On ne peut pas dire que cette proportion de 4 sur 138 est normale. Vous avez des maxillaires inférieurs qui peuvent être absolument différents comme configuration, il y en a dont la branche montante droite sera différente de celle de gauche. Jamais les condyles n'ont le même diamètre transversal.

Je ne nie pas du tout que l'emploi des articulateurs de Bonwill, ou les similaires, aient donné des résultats dans la confection des dentiers, mais combien de temps n'a-t-on pas admiré, sans y comprendre goutte, la théorie de Bonwill.

M. Godon. — C'est parce que cela exige une étude préalable sérieuse.

M. Choquet. — Quant à moi je ne considère pas que le triangle équilatéral existe normalement et j'aurai eu ce soir l'avantage de vous

apporter des preuves à l'appui qui sont indiscutables, c'est là le seul point sur lequel j'insiste.

IV. — NOTE SUR L'ENLÈVEMENT INDOLORE DES PULPES VIVANTES AU MOYEN DE LA NÉOCAINE-SURRÉNINE, PAR M. CHOQUET.

M. Choquet indique les bons résultats qu'il obtient en se servant pour dissoudre l'agent anesthésique d'un liquide se rapprochant comme composition des liquides organiques. (Cette communication sera publiée.)

Après quelques observations présentées par MM. H. Villain, Miégeville, Roy et Vanel, la séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

Démonstrations pratiques.

Séance du 25 janvier 1909.

A l'occasion de l'Assemblée générale de l'Association des dentistes de France, la Société d'Odontologie a groupé le lundi matin 25 janvier, une série de démonstrations pratiques auxquelles de nombreux confrères de Paris et des départements ont tenu à assister et auxquelles ils ont pris un vif intérêt.

L'anesthésie pulpaire et dentinaire par les injections intra-gingivales a été l'objet de deux démonstrations.

M. Choquet s'est servi d'un anesthésique, la néocaïne-surrénine dissous dans un sérum isotonique ; la douleur serait ainsi réduite à son minimum, et le résultat beaucoup plus rapide.

M. Lemière a utilisé la novocaïne selon la méthode décrite par MM. Quintin et Pitot. Malgré les difficultés inhérentes à plusieurs des cas traités, MM. Choquet et Lemière sont toujours arrivés à des résultats positifs.

M. L. Lemerle a démontré l'emploi du condensateur intermaxillaire qu'il a fait construire, et qui a été décrit ici même. On a pu se rendre compte de la facilité d'emploi de cet instrument qui utilise, pour la condensation de l'or, la force développée par les muscles masticateurs du patient.

M. Th. Morineau a démontré la technique de l'aurification à l'or non cohésif, partant de cette idée que, en général a fait trop peu d'aurifications à l'or non cohésif, qui est cependant l'obturation de choix dans les cavités simples, c'est-à-dire ouvertes sur un seul plan, et particulièrement dans les cavités triturantes, vestibulaires et linguales des petites et des grosses molaires.

Cavité et cylindres étant exactement cylindriques, on procède à la condensation latérale puis verticale de l'or, mais *la condensation aux fouloirs à main est absolument insuffisante*, un appareil plus puissant est nécessaire. On obtient une condensation intense avec le *maillet pneumatique* de Rauhe.

L'or mou a sur l'adhésif les avantages suivants :

1° *Rapidité* (l'auteur a exécuté en moins de cinq minutes des aurifications qui auraient demandé plus d'une demi-heure à l'adhésif) ;

2° *Sûreté d'exécution*. — Dans les cas très nombreux où il est difficile d'assurer très longtemps une siccité absolue — dans les cas où il est impossible de mettre la digue — on fera un or mou.

3° *Solidité*. — L'or non cohésif bien exécuté est très dur et très résistant, un point quelconque de sa surface faisant partie d'un cylindre qui est tenu de haut en bas de l'obturation.

Cette démonstration est faite pour plaider en faveur de l'or mou que l'on délaisse à tort et qui est l'obturation essentiellement pratique des cavités simples.

M. Levett a procédé à l'obturation d'une cavité de la face triturante d'une dent de six ans inférieure par l'étain et l'or combinés. La cavité préparée en forme de cône renversé est remplie à moitié d'étain en éponge qui est ensuite foulé avec des fouloirs de Trey, puis recouvert d'or en éponge de Watt's, avec lequel l'obturation est terminée. M. Levett insiste sur les avantages d'une telle obturation qui sont solidité et rapidité d'exécution.

M. Geoffroy a démontré son procédé d'obturation par des bâtons de porcelaine taillés selon certaines formes géométriques (trapèze). Dans ces obturations, la rétention se trouve assurée par des incrustations rectilignes convergentes ou divergentes faites au moyen de disques en cuivre enduits de glycérine et de poudre de carborundum.

A la clinique d'anesthésie, *M. Roy* a procédé à diverses interventions ; il a fait notamment un curettage alvéolo-radiculaire dans un cas d'abcès alvéolaire chronique ; il a démontré ce procédé supérieur à la résection de l'apex, opération qui aurait été tout à fait inutile dans ce cas particulier, où l'intervention a fait voir qu'il s'agissait d'un abcès alvéolaire entretenu par un faux canal à ouverture située à une assez grande distance de l'extrémité apicale.

M. Roy a présenté un certain nombre de malades opérés récemment dans son service (odontome volumineux, nécrose étendue du maxillaire, kystes paradentaires, sinusite).

La séance de démonstrations pratiques a pris fin à 1 heure de l'après-midi.

H. D.

FÊTE COMMÉMORATIVE

DU

Trentenaire de la fondation des premières sociétés dentaires françaises

ET

DE LA RÉFORME DES ÉTUDES DENTAIRES

22-23-24 *mai* 1909.

Ainsi que cela a été annoncé par *L'Odontologie*, le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France organise pour le samedi 22 mai une fête pour célébrer le trentenaire de la fondation des premières sociétés dentaires françaises et la réforme des études odontologiques consacrée par le décret du 11 janvier dernier.

Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'insister sur l'importance de cette fête commémorative du trentenaire de nos sociétés qui, par les services qu'elles ont rendus à notre profession, par les institutions qu'elles ont créées, par le nombre et la valeur des dentistes qu'elles réunissent, méritent l'estime et la reconnaissance de tous les dentistes français. Chacun connaît la part considérable que l'Association générale des dentistes de France a prise à ce mouvement.

Nous ne saurions trop faire ressortir l'importance et le caractère des réformes odontologiques que nous venons d'obtenir après de longs efforts et que nous nous proposons de fêter, en même temps que le trentenaire de notre Association.

Ces réformes sont la résultante de toute la polititique professionnelle de l'Association générale qui, depuis sa création, lutte pour l'élévation croissante et autonome des études dentaires. Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris est d'autant plus en droit de se réjouir du décret du 11 janvier que l'on peut dire que c'est cette société qui a le plus puissamment contribué à sa préparation, faisant même adopter presque intégralement, grâce à sa ténacité et à ses démarches incessantes, la plupart de ses revendications et jusqu'à une partie de ses programmes d'études.

Il résultera de ces réformes une élévation notable de l'éducation générale et particulièrement technique de l'éducation des dentistes français : c'est ce que nous avions toujours réclamé.

Ces réformes marquent donc l'ouverture d'une nouvelle période dans le développement de l'art dentaire dans notre pays, aussi avons-nous pensé qu'il convenait d'associer dans une même fête la célébration du trentenaire de l'Association générale des dentistes de France

et des sociétés dentaires françaises et la réforme des études dentaires réalisée grâce à l'action féconde de ces Sociétés.

C'est pourquoi nous convions tous les membres du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et tous nos confrères à participer à la fête du 22 mai prochain, dont on trouvera le programme ci-dessous.

Nous espérons que tous répondront à notre appel et tiendront à se joindre à nous dans cette fête professionnelle à laquelle nous convions tout particulièrement les dames, que nous espérons voir en grand nombre venir rehausser par le charme de leur présence, l'attrait et l'éclat de notre réunion.

Les réunions scientifiques attirent toujours nos confrères éloignés de Paris, c'est pourquoi au programme de notre fête nous avons joint deux séances de démonstrations pratiques et une réunion extraordinaire de la Société d'Odontologie en sorte que, toujours fidèles à notre devise, nous pourrons associer à la fois le plaisir et le travail pour le plus grand profit de l'*Union* confraternelle de tous les dentistes et du *Progrès* de notre chère profession.

LE COMITÉ D'ORGANISATION.

PROGRAMME PROVISOIRE

Samedi 22 mai. — *Après-midi.* — Réunion de la F. D. N.

Le soir à 7 heures à l'Hôtel Continental. — Banquet sous la présidence d'honneur des Ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Intérieur et la présidence effective de M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine, assisté de MM. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, Steeg, César Trouin, Iriart d'Etchepare, Dubief, députés, etc.

A 10 heures. — Concert avec le concours d'artistes de l'Opéra, de l'Opéra-Comique, du Vaudeville, du Gymnase, de la Scala, de l'Eldorado, etc.

Les dames sont instamment priées d'assister au banquet, au concert et à l'excursion du lendemain.

Le prix du banquet et du concert est de 15 francs ; 10 francs pour les dames ; 10 francs pour les élèves.

Dimanche 23 mai. — *Matin.* — Exposition de fournisseurs. — Séance de démonstrations pratiques.

Midi. — Lunch en commun à la gare du Nord.

Après-midi. — Excursion à Chantilly. — Visite du château. — Promenade en forêt. — Dîner à l'Hôtel du Grand-Condé.

Lundi 24 mai. — *Matin.* — Séance de démonstrations pratiques. — Exposition d'instruments nouveaux.

Le soir à 8 h. 1/2. — Séance de la Société d'Odontologie.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.)

Fusionnée avec

L'ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE FRANCE

RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE

Secrétariat : 28, rue Serpente, Paris (VIe)

CONGRÈS DE LILLE 1909

XIVe Section (Odontologie)

Téléphone n° 817-13. Paris, le 20 mars 1909.

Monsieur le Directeur,

L'Association française pour l'Avancement des Sciences doit se réunir cette année à Lille dans la première semaine du mois d'août. Au nom du Comité de patronage de la Section d'Odontologie, je me permets de faire appel à la presse professionnelle dont le concours a toujours été acquis à la Section odontologique.

Je suis convaincu que, comme par le passé, vous voudrez bien ouvrir largement vos colonnes à la publicité du Congrès et aider ainsi, par l'influence de votre journal, à la parfaite réussite de ces assises odontologiques.

Je vous demande donc de bien vouloir donner l'hospitalité dans les colonnes de votre estimé journal à la circulaire et à la note ci-jointes.

Dr SIFFRE,
Président de la Section d'Odontologie.

Un Comité de patronage vient d'être constitué sur l'initiative du Dr Siffre, président de la Section.

Ce Comité sera complété par celui que formeront les confrères lillois et les délégués des Sociétés scientifiques dentaires françaises.

Provisoirement il est composé comme suit :

Présidents d'honneur :

MM. G. Viau, E. D. P. ; Queudot, E. D. F.

Président : Dr Siffre. — Vice-président : Dr M. Roy.

Secrétaires : MM. A. Barden ; E. Fourquet.

Membres : MM. Dr Godon, J. d'Argent, E. D. P. — Dr Queudot, Dr Page, E. D. F. — Dr Frison, Guiard, S. C. D. — G. Grimaud,

Fourquet, S. O. F. — Barrié, Dr Georges Robin, S. O. P. — Viau, F. D. N. — Lannois, Joly, C. O. F.

Anciens présidents de l'A. F. A. S.: MM. Godon, Sauvez, Delair, Frey, Pont, Francis Jean, Franchette.

Membres de la Presse professionnelle : MM. Blatter, Dreyfus, Barden, Dubois, Dr Deschamps, Armand, Dr Cavalié (Bordeaux), Ferrand, Hugot, Platschick, Laurent.

INVITATION AUX CONFRÈRES FRANÇAIS.

Mon cher confrère,

L'Association française pour l'Avancement des Sciences tiendra cette année son Congrès annuel à Lille, sous la présidence de M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Comme vous le savez, l'une des 20 sections de cette Association est consacrée à l'étude de l'odontologie.

Quoique l'une des plus jeunes venues dans cette Association, qui comprend l'élite de la science française, la Section d'Odontologie a déjà su s'imposer par le nombre de ses travaux et la qualité de leurs auteurs. Elle tient dignement à l'heure actuelle sa place parmi les autres sections, et sa participation aux assises annuelles de l'Association française peut être considérée comme la manifestation la plus importante du progrès de la science odontologique. C'est pour cela, mon cher confrère, que, connaissant votre attachement à notre profession, nous vous convions sur le terrain pacifique de la science, afin de nous aider à démontrer, une fois de plus, à Lille, la vitalité de l'odontologie française et les progrès que des praticiens réunis sous le drapeau de la concorde, sont susceptibles de lui faire accomplir.

Nous espérons que, pénétrés de ces sentiments, vous vous ferez un devoir de devenir membre de l'Association française pour l'Avancement des Sciences en vous inscrivant dans la Section d'Odontologie. Vous contribuerez ainsi à faire du Congrès de Lille une manifestation purement scientifique, la seule digne d'un praticien dont l'indépendance et l'activité doivent d'abord aider au progrès de sa profession.

Le Président de la Section d'Odontologie
de l'Association française pour
l'Avancement des Sciences,
A. SIFFRE.

P.-S. — Je vous prie, mon cher confrère, d'envoyer votre adhésion à *l'Association,* 28, *rue Serpente,* ou à mon domicile, 97, *boulevard Saint-Michel, Paris.*

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

BERLIN, 23-28 AOUT 1908.

Le Comité d'organisation du Congrès vient d'adresser au Comité français de propagande le programme provisoire du Congrès, que nous nous empressons de publier ci-après.

Profitons de cette circonstance pour engager nos confrères français à prendre part à cette grande réunion scientifique, qui continue la série des congrès internationaux : Paris, 1889 ; Chicago, 1893 ; Paris, 1900 ; Saint-Louis, 1904. Il est de l'honneur de l'odontologie française que nos compatriotes se rendent à Berlin en grand nombre et montrent que l'art dentaire français ne le cède en rien à l'art dentaire étranger. Il faut, d'autre part, que la réunion de Berlin soit un grand succès, puisque les chirurgiens-dentistes sont exclus du Congrès de Budapest ; il faut qu'ils montrent dans un Congrès purement dentaire que l'odontologie, assise sur des bases scientifiques, laisse derrière elle la stomatologie.

Le Président du Comité français de propagande,
FRANCIS JEAN,
35, rue Tronchet.

PROGRAMME PROVISOIRE

Les travaux préparatoires dans les 12 sections, ainsi que dans la section de l'exposition et dans le comité local, suivent activement leur cours. Voici l'état actuel des travaux des sections scientifiques :

SECTION I. — *Anatomie, Physiologie, Histologie.*
Président : M. le Dr Adloff, Königsberg (Prusse).

Plus de 20 communications sont déjà annoncées ; elles seront faites par les confrères les plus réputés de l'Allemagne et de l'étranger.

Un certain nombre de ces communications seront rendues encore plus instructives soit par des démonstrations, soit par des projections lumineuses. On a aussi l'intention de proposer pour chaque jour des sujets de discussion correspondant aux communications faites. Ils porteront sur des questions pendantes et particulièrement intéressantes et fourniront l'occasion d'émettre des opinions personnelles. Le président acceptera avec grand plaisir les désirs particuliers et essayera autant que possible d'en tenir compte.

SECTION II. — *Pathologie, Bactériologie.*
Président : M. le Prof. Römer, Strasbourg (Alsace).

17 communications sur la nécrose de la mâchoire, la pulpite, la pyorrhée alvéolo-dentaire, la rétention et la résorption, sur l'épulis, etc. sont annoncées. Parmi les auteurs citons MM. Bönnecken,

Römer, Mayerhofer, Körner, Partsch, Preiswerk, Frey (Paris), van der Hoeren (La Haye), Hammer (Amsterdam), etc.

Section III. — *Chimie, Physique, Métallurgie.*

Président : M. Birgfeld (Hambourg).

Section III a. — *Photographie scientifique.*

Cette section a, pour le moment, fixé les 3 sujets suivants comme base de ses discussions :

1. Propriétés physiques et chimiques des matières employées le plus souvent pour l'obturation.
2. Chimie de l'anatomie, de la nutrition et de l'entretien des parties résistantes de la bouche.
3. Applications de l'électricité en thérapeutique dentaire.
4. Les rayons X dans la médication dentaire.

Une série de communications sur ces sujets est déjà annoncée et un certain nombre de confrères et de maisons prêteront leur concours en fournissant des préparations et en exposant des appareils pour la démonstration.

Section IV. — *Diagnostic et thérapeutique spéciale. Matière médicale.*

Président : M. le Prof. Dr Michel (Wurzbourg).

La IVme section se propose de discuter toutes les méthodes actuelles de traitement.

Il y aura des communications sur le peroxyde d'hydrogène (30 o/o Merck), le traitement des racines mortes avant d'insérer les couronnes et les dentiers, la fabrication des matières que les dentistes emploient le plus généralement, la thérapeutique de la gangrène de la pulpe, l'atrophie, la physiologie et la pathologie des maladies des dents, leur prophylaxie et leur thérapeutique, la pyorrhée alvéolo-dentaire, la replantation, la thérapeutique par la graisse et ses indications principales, etc. Au total à peu près 18 communications sur ces sujets différents, tandis qu'il sera fait des conférences contradictoires sur :

Le diagnostic de la périodontite chronique et sa thérapeutique.

Le diagnostic de la pulpite et de la périodontite au moyen du courant électrique.

Les moyens de conservation de la pulpe de la dent.

La stagnation de Bier et les expériences dans le traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Section V. — *Chirurgie buccale et prothèse dentaire.*

Président : M. le Prof. Dr Partsch (Breslau).
M. le Prof. Dr Schröder (Berlin).

Cette section se propose de consacrer les trois premiers jours du

congrès à l'étude approfondie de 3 thèmes principaux (un par jour). La discussion aura lieu à la suite de rapports détaillés et complets. Dans le cours des séances on entendra des communications privées se rapportant au thème principal. Si le temps le permet, il y aura encore d'autres communications. En outre, le dernier jour sera exclusivement réservé à ces conférences.

Comme thèmes principaux ont été choisis :

1. La résection de la mâchoire inférieure.
2. Les fractures de la mâchoire.
3. Le traitement des périodontites chroniques.

La section souhaiterait voir annoncer des conférences sur le « Traitement des périodontites chroniques ».

Jusqu'à présent il a été enregistré 31 communications.

Section VI. — *Anesthésie générale et partielle.*

Président : M. le Dr Fischer (Greifswald).

La section VI promet un ordre du jour particulièrement chargé. Plus de 20 auteurs ont annoncé des communications intéressantes et l'on peut encore compter principalement sur des conférenciers étrangers. Les travaux en préparation se limitent aux terrains purement anatomiques, c'est pourquoi l'on peut espérer que l'anesthésie locale recevra enfin la place qui lui est due, d'autant plus que dans les travaux spéciaux actuellement en préparation on doit donner le premier rang à la base scientifique requise pour sa technique.

Section VII. — *Moyens de conservation des dents.*

Président : M. le professeur Dr Sachs (Berlin).

A l'heure actuelle 36 auteurs de communications allemands ou étrangers sont déjà inscrits. Les comités nationaux ont été priés de recevoir dans leurs pays des inscriptions pour des communications et des démonstrations.

Les thèmes suivants viendront en premier lieu :

Matières obturatrices (or, porcelaine) ; obturations au silicate ; traitement des dents sans pulpe.

Cependant on acceptera aussi d'autres sujets ayant rapport à la conservation des dents. Les conférenciers devraient s'efforcer d'apporter autant que possible des faits nouveaux afin d'exciter l'intérêt des membres du congrès, et afin que le temps limité dont nous disposons ne soit pas employé à exposer des choses connues généralement.

Pour les démonstrations pratiques tous les accessoires nécessaires seront mis à la disposition des praticiens.

Section VIII. — *Remplacement des dents, y compris couronnes et ponts. Céramique.*

Président : M. le professeur Dr Riegner (Breslau).

Jusqu'à présent 17 communications sont inscrites ; en outre un certain nombre de démonstrations pratiques doivent avoir lieu. La section s'efforcera d'apporter de l'unité et de la clarté dans le vaste domaine qui est le sien.

Section IX. — *Orthodontie.*

Président : M. Heydenhauss, médecin-dentiste de la cour (Berlin).

La IXe section a excité un grand intérêt en Allemagne et à l'étranger. Le nombre des rapports et communications de confrères allemands sera limité à un chiffre fixé par le Comité, afin que, dans le court temps dont nous disposons, nos confrères étrangers puissent aussi prendre la parole. En même temps il était d'une grande importance d'obtenir des contributions d'ordre scientifique d'une grande valeur et d'amener la discussion sur certaines questions actuelles.

Les efforts du Comité à cet égard ont été couronnés de succès.

La plupart des conférences seront accompagnées de projections.

Les thèmes de discussion tiendront une place importante dans le programme des travaux. Six sujets seront donnés au choix, et les personnes compétentes en la matière en Allemagne et à l'étranger seront priées de faire des rapports sur ces questions.

Bien qu'aucune invitation officielle n'ait encore été envoyée à l'étranger, le concours de précieux collaborateurs étrangers pour traiter quelques-unes de ces questions est déjà assuré.

Un sujet tel que celui-ci « Quelles sont les suites de l'extraction des deux molaires symétriques, dites de six ans ? » n'intéresse pas seulement les spécialistes de l'orthodontie. Elle est d'un grand intérêt pour chaque dentiste, aussi sera-t-elle traitée dans la réunion générale. Les autres thèmes sont les suivants :

1. La classification donnée par Angle des anomalies constatées dans les occlusions peut-elle satisfaire comme système scientifique de division des anomalies qui existent dans les rapports des dents et des mâchoires ?
2. Peut-on soutenir l'hypothèse d'Angle d'après laquelle « la nature apporte le plus grand soin à l'implantation des premières molaires et, en particulier, ne se trompe jamais dans la pose de la molaire supérieure ? » Rapporteur : M. Kunert.
3. Le rétablissement d'alvéoles normaux au moyen de ponts est-il absolument indispensable pour que le résultat obtenu se maintienne lorsqu'une extraction mal faite a eu lieu ? Rapporteur : M. Lundstroem.

4. Quels âges sont favorables pour le commencement du traitement de l'occlusion parallèle ? Rapporteur : M. Zielinsky.
5. Quelles interventions chirurgicales sont indiquées dans le « Diastème du frein de la lèvre » ?
6. Conditions requises pour entreprendre le traitement orthodontique. Régime du patient pendant le traitement. Rapporteur : M. Koerbitz.

Dans cette partie on accordera beaucoup de prix aux démonstrations pratiques. D'ailleurs plusieurs démonstrations, quelques-unes avec présentation de patients, ont été annoncées. Enfin la section tout entière prendra part à l'exposition générale.

Là, on dira quelques mots des remèdes préconisés jusqu'ici en même temps qu'on montrera la marche du traitement dans des cas observés.

Notre confrère, M. E. Herbst, de Brême, s'est chargé de la surveillance du matériel exposé.

SECTION X. — *Hygiène de la bouche et des dents.*

Président : M. le Conseiller Dr Röse (Dresde).

La section X a choisi comme sujets des conférences et discussions les thèses suivantes :

1. L'installation de cliniques dentaires municipales d'enfants est de nos jours un besoin hygiénique international.
2. Cette installation est un moyen important d'empêcher et de combattre les maladies infectieuses, en particulier la tuberculose.
3. Pour rehausser l'état de santé général il est nécessaire que le dentiste militaire fasse suite au dentiste pour écoles.
4. Pour cette raison il faut aussi que l'hygiène de la bouche et des dents soit observée par les dispensaires municipaux, dans les hôpitaux, cliniques, orphelinats, asiles de sourds-muets et d'aliénés et dans les prisons.

Sept communications ont été inscrites jusqu'à présent.

SECTION XI. — *Enseignement et législation.*

Président : M. le Dr Ritter (Berlin).

Jusqu'ici 21 communications ont été enregistrées.

Les thèmes de discussion suivants ont été arrêtés :

1. Le dentiste doit-il être aussi médecin ?

Quelles sont les grandes lignes de l'examen de dentiste dans les différents pays ?

2. Dans quels cas y a-t-il lieu de placer des dents artificielles sur des racines existantes ?

Quels cas doivent être envisagés comme fautes professionnelles :

a) Dans le sens du droit civil ?

b) Dans le sens du droit criminel ?

3. Quels doivent être les honoraires pour le travail des couronnes artificielles et pour les dentiers ?

SECTION XII. — *Histoire et littérature.*

Président : Dozent Dr Hoffendahl (Berlin).

La section XII a arrêté les thèmes de discussion suivants :

1. Comment peut-on rendre accessible aux dentistes qui se livrent à la science dentaire la littérature de chaque pays sur ce domaine ?
2. De l'établissement d'un index de la littérature mondiale concernant l'art dentaire. Rapporteur : Prof. Dr Port.

Jusqu'ici sont annoncés comme conférenciers :

M. le Dr Engel, Berlin : « La personne du médecin dentiste dans la littérature moderne. »

M. le Dr Ganzer : « La médication dentaire rationnelle en 1600. »

M. le Dr Lustig, Bansin : « L'histoire du corps dentaire en Allemagne ; son organisation — ses aspirations et ses succès — pendant les 25 dernières années. »

M. le Dr Cohn, Berlin : « Le médecin-dentiste dans la lutte contre la tuberculose (étude historique). »

M. le Dr Greve, Munich : « L'histoire de la pyorrhée alvéolo-dentaire. »

MM. les Prof. Jung et Werkenthin, ainsi que les Drs Citron, Landsberger, Müller-Stade, E. Hoffendahl, se sont réservé de choisir le sujet de leur communication.

Des appareils de projection sont tenus à la disposition des auteurs de communications.

NÉCROLOGIE

Alfred Verdier.

Nous enregistrons avec peine la mort de M. Alfred Verdier, secrétaire-comptable de l'Ecole dentaire de Paris depuis 25 ans, survenue à l'âge de 62 ans, après une courte maladie.

M. Verdier avait vu passer à l'Ecole de nombreuses générations d'élèves, qui ont conservé son souvenir.

Nous regrettons la disparition de ce vieux serviteur, qui avait rendu de longs services à l'Ecole.

Plusieurs professeurs et de nombreux élèves assistaient à ses obsèques ; l'Ecole avait offert une couronne et M. Blatter, secrétaire général, avait été chargé par le Bureau de prononcer quelques paroles d'adieu au moment de la levée du corps.

*
* *

Gertz Schleier.

Nous apprenons avec regret la mort, à l'âge de 50 ans, de notre confrère, M. Gertz Schleier, D. E. D. P., membre de l'A. G. D. F. Il était venu de Russie faire ses études à l'Ecole dentaire de Paris et s'était établi ensuite à Paris.

C'était une bonne nature et un excellent esprit, qui n'avait guère que des sympathies.

Nous adressons à sa famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Dentistes des hôpitaux de Berlin.

La Députation de la santé publique a décidé, dans sa dernière séance, de nommer des dentistes dans tous les hôpitaux de Berlin.

L'exercice de l'art dentaire en Italie.



La Commission parlementaire qui examine le projet de loi sur l'exercice de l'art dentaire a approuvé le rapport de M. Rampoldi. La Commission a admis le principe que pour exercer cet art il faut posséder le doctorat en médecine ; que les praticiens en exercice depuis 10 ans n'ayant pas le doctorat devront subir un examen d'aptitude ; enfin que les praticiens exerçant depuis plus de 15 ans devront prouver par titres et pièces leur capacité.

Commission de l'enseignement supérieur.

M. Godon, convoqué par la Commission sénatoriale de l'enseigne-

ment supérieur, le mercredi 31 mars, à 3 heures, a exposé à la Commission la situation des écoles dentaires vis-à-vis des lois de 1875 et de 1881 et du décret du 11 janvier 1909 et les desiderata de la profession qui restent à réaliser.

Nous reviendrons sur cette intéressante entrevue.

Ecole dentaire de Paris.

L'Ecole dentaire de Paris a fait l'acquisition pour la bibliothèque, de la plus grande partie des livres (ouvrages dentaires, thèses, etc.), formant la collection de feu M. Papot.

Fête des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris.

Les étudiants de l'Ecole dentaire de Paris ont donné leur deuxième fête annuelle le samedi 13 mars à l'hôtel des Sociétés savantes.

Très nombreux étaient les assistants.

Le programme se composait d'un concert, d'une revue et d'un bal.

Le concert a été des plus réussis.

La revue — Echo des potins (E. D. P.) — composée et jouée par les élèves, a obtenu un légitime succès.

La soirée s'est terminée par des danses qui ont duré jusqu'au matin.

Nos félicitations aux organisateurs de cette fête, qui a laissé à tous les spectateurs les meilleurs souvenirs.

Nomination.

M. Henri Mousis, lauréat de l'Ecole dentaire de Paris, chirurgien-dentiste à Pau, vient d'être nommé dentiste-inspecteur des Ecoles normales des Basses-Pyrénées.

Rectification.

Nous avons publié dans le numéro du 28 février la liste des membres de l'A. G. D. F. qui ont voté par correspondance à l'assemblée générale du 24 janvier dernier.

M. P. Creuzet, de Montpellier, nous écrit pour nous faire connaître qu'il nous a adressé son vote ; nous lui en donnons volontiers acte, mais son envoi ne nous est pas parvenu.

Avis.

M. Candau, chirurgien-dentiste à Orléans, prie les confrères qui auraient employé un certain Hermann Bürklé à titre de mécanicien ou d'opérateur de bien vouloir lui faire parvenir des renseignements circonstanciés sur ce dernier.

Ce M. Bürklé, usurpant, nous dit-on, le titre de docteur, a été installé 36, rue de Rambuteau, à Paris, où il aurait exercé illégalement l'art dentaire.

29e ANNÉE. N° 7 15 AVRIL 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE

Par MAURICE ROY,

Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 2 février 1909.*)

La leucoplasie est une affection qui n'est pas encore connue d'une façon absolument complète et il serait intéressant que l'on fît un jour une étude complète de cette affection afin de différencier les divers cas que l'on confond à l'heure actuelle et qui constituent soit une affection différente, soit des formes très différentes de cette maladie.

Il résulte de nos connaissances actuelles, au sujet de l'étiologie de la leucoplasie, que deux facteurs jouent un grand rôle dans son développement : la syphilis et l'usage du tabac. Le rôle de la syphilis est certainement très important, car on rencontre ce facteur étiologique avec une telle fréquence qu'il est impossible de ne pas en tenir compte. Est-ce un facteur essentiel ? La question n'est pas encore élucidée et il ne nous paraît pas possible d'affirmer ni dans un sens ni dans l'autre, étant donné la difficulté de diagnostic de la syphilis en dehors d'accidents en activité ou d'accidents anciens ayant laissé des traces indélébiles.

Cependant, ce que l'on peut dire en tout cas, c'est que la

syphilis ne paraît pas, à elle seule, pouvoir provoquer l'apparition de la leucoplasie et qu'il faut à celle-ci une autre cause provocatrice, jouant le rôle d'irritant local ; c'est le tabac qui joue ordinairement ce rôle.

Comment agit le tabac? Exerce-t-il une sorte d'action spécifique par la nicotine ou un des produits qui le constituent, ou bien n'agit-il que par la température élevée à laquelle se trouve la fumée lorsqu'elle arrive dans la bouche? L'observation que je présente tranche très nettement la question dans ce dernier sens, elle montre que le tabac n'a pas d'action spécifique et qu'il n'agit que par la température de la fumée, arrivant au contact de la muqueuse buccale, puisque j'ai pu constater l'existence d'un cas absolument typique de leucoplasie généralisée chez une personne n'ayant jamais fumé, mais usant de boissons extrêmement chaudes dans les conditions particulières que je vais exposer.

Une dame âgée de 35 ans vint, il y a quelque temps, me trouver pour lui soigner deux dents dont elle souffrait: il s'agissait des deux dents de sagesse inférieures, qui présentaient des caries du collet, 3[e] et 4[e] degrés. Toutes les autres dents étaient saines et rangées d'une façon parfaite.

Ce qui me frappa dès l'abord chez cette malade, ce fut l'aspect de sa muqueuse buccale ; la langue, dans toute son étendue, ainsi que la face interne des joues, présentaient l'aspect caractéristique de la leucoplasie buccale et, au palper, on sentait la consistance particulière de la muqueuse en voie de kératinisation.

On sait la rareté de la leucoplasie chez la femme ; je pensai que cette dame, qui était originaire de la République Argentine, devait fumer et je l'interrogeai à ce sujet ; mais elle me répondit qu'elle ne fumait pas et n'avait jamais fumé. Je lui signalai alors l'état de sa muqueuse buccale, qu'elle ignorait, bien qu'elle eût depuis un certain temps un peu de sensibilité de la bouche au contact de certains aliments épicés.

Lui ayant dit que l'affection de la muqueuse qu'elle pré-

sentait se rencontrait d'ordinaire chez les fumeurs, elle me dit aussitôt : « C'est certainement le maté qui est cause de cela. » Et voici ce qu'elle m'expliqua :

Le maté est une espèce de houx qui pousse au Paraguay et qui porte le nom de Thé du Paraguay ou Thé des Jésuites, parce que ce sont les Jésuites qui ont les premiers répandu l'usage de cette plante. On prépare les feuilles du maté ainsi : on les torréfie, on les pulvérise et l'on renferme cette poudre dans les peaux de bœufs fraîches. On fait ensuite sécher le tout au soleil. Cette poudre acquiert probablement des propriétés particulières par ces préparations. Pour employer le maté on prend 20 à 30 grammes de poudre qu'on fait infuser dans de l'eau bouillante, puis on absorbe ce breuvage comme du thé. Mais ce qui particularise l'usage du maté à la mode de la République Argentine, c'est qu'on cherche à absorber cette boisson aussi chaude que possible. Aussi, pour qu'elle ne perde pas de sa chaleur, on place la poudre de maté dans une courge fermée, puis on verse de l'eau bouillante dessus et l'on aspire le liquide avec un chalumeau. De la sorte l'eau arrive presque bouillante dans la bouche, et c'est de cette façon que ma malade consommait journellement du maté.

Ces explications éclairaient tout à fait l'étiologie de la leucoplasie présentée par cette dame ; cette affection était évidemment due à l'usage répété de cette boisson qui, absorbée dans de telles conditions pendant des années, avait déterminé l'altération de la muqueuse en présence de laquelle je me trouvais. Cette femme de 35 ans présentait la leucoplasie d'un fumeur de 50 ans, fumant au moins la valeur d'un paquet de tabac par jour.

Ma malade m'a raconté en outre qu'elle prenait de même tous ses aliments extrêmement chauds ; son potage et tous les plats qu'elle mangeait, elle les prenait aussi chauds qu'elle pouvait les supporter alors que personne dans son entourage ne pouvait absorber les mêmes aliments aussi chauds qu'elle.

Cette dame avait du reste remarqué que, lorsqu'elle pre-

nait davantage de maté, la sensibilité de la muqueuse buccale que j'ai signalée augmentait.

Je montrai à cette malade l'importance de l'affection qu'elle présentait, la nécessité d'en surveiller la marche et surtout la nécessité urgente d'éviter toutes les causes susceptibles de l'aggraver et en particulier l'usage du maté, qu'elle a cessé du reste depuis ce moment. Je l'ai revue six mois après, son état était stationnaire.

Telle est l'observation qu'il m'a paru intéressant de publier, puisqu'elle apporte une petite contribution à l'étude de l'étiologie de la leucoplasie buccale. En ce qui concerne le traitement, dans ce cas particulier je me suis borné, comme on le voit, à supprimer tous les irritants locaux sans prescrire aucun traitement général.

J'ai cherché dans les antécédents de cette dame si je trouvais quelque indice d'une syphilis antérieure, mais je n'ai rien trouvé.

Je dois dire toutefois que, même si j'avais trouvé des traces de cette affection, je me serais comporté de même et n'aurais pas prescrit contre cette leucoplasie le traitement mercuriel. Je ne pense pas en effet, même quand la syphilis est nettement en jeu, que le traitement spécifique soit susceptible de modifier la leucoplasie buccale. J'ai pu observer divers cas probants à cet égard ; j'ai pu suivre, entre autres, pendant des années, un malade, syphilitique des plus nets, qui présentait une leucoplasie assez intense. Son médecin lui avait conseillé pour sa langue le traitement spécifique et, pendant plusieurs années, ce malade fut soumis, à des périodes assez rapprochées, à un traitement mercuriel intensif. Or, non seulement ce traitement n'a pas modifié l'état de la muqueuse buccale de ce malade, mais encore, à l'heure actuelle, la leucoplasie est certainement un peu plus étendue que lorsque je le vis pour la première fois, bien qu'il ait cessé de fumer depuis très longtemps. Je n'en déduis pas, dans le cas particulier, que le traitement spécifique a aggravé l'affection de ce malade, bien que cela ait été signalé pour certaines autres affections parasyphilitiques, mais, ce que je puis affir-

mer, c'est que le traitement mercuriel intensif suivi par ce malade n'a eu aucune influence d'arrêt sur la marche de la leucoplasie.

Je crois qu'il y aurait un grand intérêt à ce que les faits relatifs à l'influence du traitement spécifique sur la leucoplasie fussent bien mis en lumière, car, dans le cas où l'opinion que j'émets se trouverait confirmée par la majorité des observateurs, il y aurait avantage à épargner aux malades atteints de cette affection, grave par ses conséquences possibles, un traitement à tout le moins inutile.

Les dentistes me paraissent bien placés pour formuler un avis à ce sujet, c'est pourquoi je fais appel à tous mes confrères pour élucider ce petit point de thérapeutique.

L'ANESTHÉSIE PULPAIRE ET DENTINAIRE PAR LA COCAINE-ADRÉNALINE

Par P. VANEL,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 1er décembre 1908.*)

Nous ne savons, messieurs, l'effet qu'ont pu produire sur vous les articles parus dans *L'Odontologie* de MM. Pitot et Thioly-Regard, ni la communication de MM. Quintin et Pitot, de Bruxelles, sur leur nouvelle méthode d'anesthésie pulpaire par la novocaïne-suprarénine de Meister Lucius et Brüning, mais nous sommes ici un certain nombre de jeunes qui avons été presque surpris. Tellement même que, après quelques jours de réflexion, nous nous sommes décidés à venir dans la même enceinte essayer de mettre, par certaines déclarations et explications, la question au point et défendre avec insistance non pas la paternité, mais la mère-patrie où cette découverte, cependant bien française, a vu le jour.

Voilà un peu plus de deux ans que dans les cas d'hyperesthésie de la dentine et de pulpite, nous employons, avec plein succès, comme anesthésique de la dentine et de la pulpe, les injections sous-muqueuses de cocaïne-adrénaline — ne faisant en cela qu'appliquer les leçons de notre maître à l'Ecole dentaire de Paris, M. Touchard.

Nous n'avançons rien qui ne soit l'exacte vérité ; et les observations que nous avons là avec nom, adresse du malade et nature de l'opération, sont la meilleure preuve de notre bonne foi.

Permettez-nous de reprendre point par point la communication ou l'article de MM. Quintin, Pitot et Thioly-Regard et de réfuter ce qui nous a semblé inexact. On nous dit : « Dans ces derniers temps, quelques chercheurs ont décrit des procédés en vue d'obtenir l'anesthésie de la dentine ;

mais aucun d'entre eux n'arrive à des résultats positifs absolus ; tandis que, vous pourrez le constater quand je ferai la démonstration pratique qui vous est annoncée, l'anesthésie que j'obtiens est constante et complète. » Nous ne demandons qu'une chose, nous n'avons en venant ici ce soir qu'une ambition, c'est de vous faire connaître cette nouvelle méthode et ce nouveau produit, en quelque sorte spécifique, et nous serions heureux de voir l'Ecole dentaire de Paris s'intéresser à cette question.

M. Pitot écrit même : « J'ai voulu, quoique les résultats ne répondent pas encore à mes idées, prendre date, parce que j'en ai une expérience clinique et pratique très suffisante et très sûre et puis parce que je me suis souvenu de ce que M. Sauvez a dit ici même et à Saint-Louis. »

Nous devons à la justice de déclarer que, à l'Ecole dentaire de Paris, on a pratiqué bien avant juillet et novembre 1908, l'anesthésie pulpaire par injection sous-muqueuse. MM. Quintin et Pitot sont venus à cette époque nous présenter un produit nouveau, supérieur aux autres et spécifique selon eux. M. Pitot nous a donné sur sa manière de faire des indications précises, exposant ainsi d'une façon claire cette opération. Ces explications, son exposé ont paru attirer l'attention de nos confrères sur cette méthode d'anesthésie pulpaire ; certes, en cela il a droit à toute notre gratitude, mais, comme nous l'avons déjà dit, il y a plusieurs années que nous connaissons la méthode et que nous l'appliquons, aussi bien pour les dents antérieures que pour les grosses molaires ; seulement, au lieu de la novocaïne-suprarénine de Meister Lucius et Brüning, nous employons tout simplement un vieux produit cher aux Français, la cocaïne. Et en effet, nous ne ferons que rappeler les deux démonstrations pratiques qui ont été faites ici même par M. Touchard en 1907-1908.

D'autre part, si M. Sauvez a dit que la pulpe était encore sensible après une injection de cocaïne, stovaïne, etc., etc... en vue de l'extraction, ce qui est vrai en général, cela ne prouve pas que dans le cas d'injection faite spécia-

lement pour anesthésier la pulpe, on ne puisse pas réussir. Et en effet, il y a une énorme différence entre les deux techniques : dans le cas de l'extraction ce que l'on cherche surtout à anesthésier, c'est le ligament alvéolo-dentaire et pour cela l'injection doit être faite au collet même de la dent, dans le bourrelet gingival et interdentaire.

Au contraire, dans le cas d'anesthésie de la dentine et de la pulpe, ce que l'on cherche, c'est à atteindre le paquet vasculo-nerveux au niveau de l'apex, et cela, par l'injection haute et profonde.

M. Pitot nous dit, en juillet 1908 : « Je fis divers essais approximatifs jusqu'au jour où, m'imaginant que c'est près de l'apex que doivent cheminer les vaisseaux et nerfs pouvant s'anastomoser avec ceux de la pulpe dans le dédale inextricable de la circulation et de l'innervation de ces tissus, je fis mon injection dans le tissu sous-périostal de la pointe de l'apex et je réussis. C'est donc au moyen d'une injection dans les tissus les plus proches de l'apex que j'anesthésie la dentine. »

Mais cette technique n'est pas nouvelle ; il me suffira pour vous le montrer de vous lire ce que M. Reclus écrivait sur le même sujet *en 1894 :*

« Les dentistes qui ont recours à la cocaïne insensibilisent bien les tissus lorsqu'ils veulent arracher une dent, mais s'abstiennent dans les cas, si douloureux pourtant, ou ils arrachent ou détruisent la pulpe par des vrilles ou des caustiques. Pourquoi ne pas faire alors des injections profondes jusqu'au niveau des racines ? Certainement ces injections seraient efficaces en agissant sur les nerfs qui abordent la pulpe. » D'autre part, M. Thioly-Regard, de Genève, dit également sur la même question : « Il n'est même pas nécessaire d'insister sur le fait que la novocaïne devra remplacer le chlorhydrate de cocaïne, toutes les fois qu'il s'agira, non pas d'extraction, mais d'obtenir une anesthésie dentinaire ou pulpaire selon le procédé de Touchard, soit pour rendre insensible la dentine, soit pour extirper la pulpe. »

Il nous semble, au contraire, nécessaire d'insister sur ce

fait que la novocaïne n'a pas encore détrôné la cocaïne dans cette opération, dont le grand malheur est d'avoir ignoré la vulgarisation. Puissions-nous enfin y réussir, ce sera toute notre ambition et notre joie.

Sur le produit lui-même novocaïne-suprarénine rien de spécial à signaler ; c'est un anesthésique nouveau qui ne nous paraît pas supérieur à ceux existant déjà. On a obtenu, paraît-il, grâce à lui, des résultats merveilleux, surprenants. Nous vous dirons simplement que depuis plusieurs années nous obtenons ces mêmes résultats merveilleux avec une solution de cocaïne-adrénaline.

La solution employée est la suivante :

Cocaïne à 1/100 1cc.
Adrénaline 1/20 de millig., c'est-à-dire une goutte de la solution au millième par cent. cube.

Mais, dès maintenant, nous tenons à insister sur ce fait que nous n'injectons jamais plus de 1/2 cent. cube, pour les dents antérieures et un cent. cube pour les grosses molaires.

Donc tout de suite vous pouvez voir qu'une dose infime de cocaïne-adrénaline est suffisante pour obtenir des résultats très satisfaisants et que, d'autre part, en raison même de cette dose infime de produit employé, la méthode est sûre et exempte de tout danger ; enfin le volume de liquide injecté est très faible et ceci nous semble un gros avantage. Jamais depuis que nous employons cette solution nous n'avons eu l'ombre d'un accident ; nous avons eu des succès plus ou moins parfaits, c'est entendu ; du moins les imparfaits ont-ils été très rares, mais qui donc, avec n'importe quel produit, réussit toujours ? la réussite de toute opération dépend trop du malade et de l'opérateur.

Par conséquent avec 1/2 à 1 centigramme de cocaïne, avec 1/20 au maximum de milligramme d'adrénaline, nous rendons insensibles la pulpe et la dentine. Pour cela nous nous servons de nos seringues ordinaires et nous faisons l'injection, l'aiguille à 45 degrés environ sur l'axe de la dent, le plus haut et le plus profond possible vers l'apex.

Pour les dents antérieures, incisives, canines, prémolai-

res, une injection externe suffit. En effet du côté interne il est très difficile, pour ne pas dire impossible, en raison même de la configuration de la région, d'atteindre la partie supérieure de la racine.

Pour les grosses molaires, il faut faire une injection externe et une interne de façon à atteindre par cette dernière la racine palatine, en général la plus importante. Nous avouons, et en cela nous sommes d'accord avec tous les auteurs, que pour les grosses molaires inférieures l'opération ne réussit pas toujours, quel que soit le produit employé. Il faut attendre quelques minutes avant d'opérer ; le temps par exemple de poser la digue.

L'opération terminée, le canal bien nettoyé, n'obturez jamais immédiatement, ou vous aurez de la douleur, douleur post-opératoire très désagréable, qui ne dure que quelques jours et disparaît peu à peu. Il est préférable de mettre simplement une mèche de coton dans le canal et d'obturer à la gutta ; dans les jours suivants, on obturera définitivement le canal et la dent.

Quant à l'injection elle-même, si l'opérateur a été scrupuleusement aseptique, elle ne doit jamais être suivie de la moindre complication.

Nous ajouterons que pour compléter cette étude nous fîmes les expériences suivantes :

Injections de cocaïne à 1/100 sans adrénaline — résultats imparfaits.

Injections d'adrénaline (travail encore à l'étude).

Enfin injection de cocaïne-adrénaline. Amputation de la pulpe seule. Les filets radiculaires sont laissés à leur place recouverts d'un tampon de coton imbibé d'essenc ede girofle et obturé à la gutta.

De un à cinq jours après, la dent obturée est ouverte à nouveau et l'on constate que les filets radiculaires sont aussi vivants qu'avant l'intervention, douleur et hémorragie après extirpation. Cette expérience a simplement pour but de démontrer que l'action de la cocaïne-adrénaline aux doses où nous employons ces produits, est absolument inoffensive

pour la pulpe, qu'il n'y a à craindre aucun danger de mortification pulpaire post-opératoire.

Nous avons là un certain nombre d'observations, les unes venant de notre cabinet et remontant à l'année 1906, les autres, prises à l'École dentaire cette année en présence de MM. Levett, Lemerle, Blatter, Pailliottin, etc.

En résumé, nous n'avons eu pour but, dans cette étude, que de vous affirmer que depuis quelques années nous obtenons par le procédé indiqué par M. Touchard l'anesthésie de la pulpe et de la dentine, que nous obtenons ainsi une anesthésie parfaite, sans aucun danger et sans aucun phénomène de réaction désagréable pour le malade et l'opérateur, que le nouveau produit novocaïne-suprarénine de Meister Lucius et Brüning ne nous a jamais donné de résultats meilleurs que la cocaïne-adrénaline et que surtout il ne nous a pas semblé devoir être considéré comme un produit spécifique.

DEUX CAS D'OSTÉITE LIMITÉE CONSIDÉRÉS COMME ACCIDENTS DE LA PREMIÈRE OU DE LA DEUXIÈME DENTITION

Par René Péré,

Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Je vous présente trois observations de trois cas d'ostéite limitée du maxillaire, relevées l'une chez un sujet de 41 ans, l'autre chez un enfant de 10 ans, la troisième chez un bébé de 3 ans, toutes trois survenues sous l'influence d'une évolution dentaire.

Première observation. — Il s'agit d'un enfant de 10 ans, en traitement chez moi pour des caries banales de ses molaires adultes. Les molaires de lait persistent, la canine temporaire également ; c'est au maxillaire inférieur. La gencive au niveau des dents de lait précitées présente un gonflement assez volumineux, non fluctuant, parsemé de petits trajets fistuleux, l'enfant souffre violemment et ses ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Les dents de lait sont saines. D'après ces symptômes, l'extraction des dents temporaires fut faite, des lavages furent pratiqués. Les jours suivants, les douleurs persistent, la plaie est sanieuse, l'enfant est affaibli, l'engorgement ganglionnaire est toujours constaté ; deux ou trois jours après, aucune amélioration n'est survenue ; l'examen de l'alvéole nous permet de constater la mobilité de fragments osseux, qui sont extraits, les parois alvéolaires sont ruginées ; tout rentre dans l'ordre. A quelque temps de là, la prémolaire adulte fit son apparition.

Deuxième observation. — Mme G....., 41 ans, demeurant à Paris, vient me consulter au sujet de névralgies ressenties du côté gauche de la face. Cette personne porte un appareil prothétique comprenant une canine et deux prémolaires au côté gauche et une prémolaire au côté droit. L'appareil fut placé il y a deux ans ; depuis ce temps, les

douleurs accusées aujourd'hui avec acuité ont débuté sous forme de sensations douloureuses passagères ; depuis quelques mois les crises se sont répétées et sont devenues spasmodiques. En même temps l'incisive latérale, qui est une incisive temporaire, devient douloureuse, l'appareil n'est plus toléré. Une quinzaine de jours se passe et des accidents infectieux apparaissent sur la voûte palatine, une rougeur circonscrite fait place bientôt à une tuméfaction qui crève en deux endroits, laissant une plaie malsaine et de mauvais aspect. Les dents manquantes, d'après le malade, ont été extraites en totalité au moment de la confection des dents artificielles ; par conséquent étant donné la présence de l'incisive temporaire, l'évolution d'une dent était fatale. En quelques jours, la suppuration localisée de la voûte palatine s'accrut, la dent de lait intolérée fut avulsée ; concurremment de petits séquestres osseux se mobilisèrent, cela dura quelques jours, la dent incluse fit son apparition ; les moulages présents reproduisent cette évolution tardive.

Troisième observation. — Il s'agit d'un bébé âgé de 3 ans, M. B....., de La Barre-Ormesson près d'Enghien. Cet enfant présente au niveau de sa molaire de lait un petit gonflement analogue aux abcès gingivaux si fréquemment observés chez les enfants ; la sonde passe entre la dent et l'alvéole et un décollement assez profond de la muqueuse est constaté. La molaire est saine, les autres dents temporaires également. Le bébé est mis en observation, au bout de quelques jours il continue à souffrir, du pus s'écoule entre la gencive et la dent, l'enfant est débilité, son état est très mauvais. En présence de ces symptômes graves la dent est extraite, aucune amélioration ne se fait sentir, une suppuration osseuse existe et ce n'est qu'après avoir réséqué et ruginé le bord alvéolaire et l'alvéole, et retiré quelques débris osseux nécrosés que l'enfant revient rapidement à son état normal.

Dans l'examen de ces trois observations nous relevons trois ostéites limitées du maxillaire inférieur et supérieur sur-

venues sous l'influence d'une poussée dentaire. Dans ces observations, les dents sont saines, les sujets ont des antécédents normaux : on ne peut donc invoquer ni une influence de la carie dentaire, ni une infection générale.

La pathogénie de cette ostéite nous amène donc à dire que c'est une infection locale qui gagne de proche en proche (processus analogue au processus expliquant les troubles d'évolution de la dent de sagesse).

Partant du capuchon muqueux qui recouvre la dent (deuxième observation, et causée dans ce cas peut-être par l'action traumatisante de l'appareil dentaire) ou partant du collet de la dent temporaire ou permanente, cette infection gagne l'alvéole. Cette ostéite se manifestera sous l'influence du travail causé au moment des éruptions dentaires formant ainsi un accident d'éruption.

CONCLUSION.

Les accidents d'éruption de la première ou de la deuxième dentition se manifestent parfois sous forme d'ostéite limitée du maxillaire, ostéite reconnaissant comme origine une infection gingivale ou sous-gingivale et favorisée par le travail extra osseux de l'organe évoluant.

REVUE DES REVUES

QUELQUES PROPORTIONS DE L'ARCADE DENTAIRE SUPÉRIEURE NORMALE CHEZ L'HOMME

Par G. C. Campion, de Manchester (Angleterre).

Traduit par H. Lanos, D. D. S. du Chicago Coll of. Dent. Surg.

Cette étude fut commencée, il y a quelques années, dans un but orthodontique exclusivement. Ce fut cette conception et la nécessité où l'on se trouvait de l'appliquer à de jeunes enfants qui déterminèrent les points pris comme mensuration.

Deux choses étaient en vue :

1° Déterminer le rapport de la longueur d'une arcade normale avec sa largeur ;

2° Essayer de trouver une méthode qui serait, au point de vue pratique, suffisamment simple et suffisamment exacte pour faire coïncider la largeur des dents avec la largeur de l'arcade.

Toutes les mesures sont en millimètres.

1° *Rapport de la longueur avec la largeur.*

Longueur.— La distance de l'extrémité mésiale du bord incisif de l'incisive centrale au centre du bord distal de la face triturante de la première molaire du même côté ; lorsque ces distances étaient inégales, la moyenne des deux côtés était prise comme longueur de l'arcade. Cette mesure de longueur est une mesure arbitraire, prise obliquement, ce qui permet de la déterminer facilement avec un compas de calibre à glissière, ordinaire, et sans le secours de l'instrument spécial dont se servent quelques anthropologistes.

Largeur. — Les points les plus éloignés de la ligne médiane sur les faces buccales des deux premières prémolaires. J'ai aussi pris les mesures de l'arcade au niveau des canines et premières molaires, mais je donne ici seulement les mesures prises au niveau des premières molaires, car elles semblent être les plus importantes au point de vue de l'orthodontie pratique.

Le rapport de la longueur à la largeur est exprimé par un indice qui est calculé comme l'indice céphalique.

$$\frac{\text{Largeur} \times 100}{\text{Longueur}} = \text{indice de largeur de l'arcade.}$$

Les points pris pour la mesure de la longueur et de la largeur sont tels que les arcades normales ont en général un indice de largeur supérieur à 100, tandis que la grande majorité des arcades anormales ont un indice moindre de 100. L'indice 100 devient donc une ligne de division plus ou moins approximative entre l'arcade normale et anormale, et ceci peut naturellement être déterminé sans calcul. Après avoir mesuré la largeur des prémolaires une des pointes du compas est placée à la partie postérieure de la face triturante de la première molaire et l'autre tout près du point de rencontre des incisives ; si cette pointe tombe au côté buccal des incisives comme dans les figures 3, 4, 5, l'indice est au-dessus de 100 ; si c'est sur la face palatine comme dans les figures 8, 9, 10, l'indice est au-dessous de 100 ; la distance à laquelle le compas tombe en avant ou en arrière de ce point indique si l'indice est de beaucoup ou de peu supérieur ou inférieur à 100.

Les lignes noires sur les photographies servent toutes à indiquer la même chose, savoir la largeur de l'arcade au niveau des premières prémolaires.

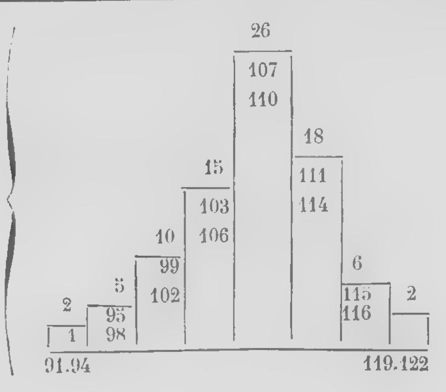
Le résultat obtenu dans 83 observations et suivant la méthode de Galton est montré en colonnes dans la table A et la figure 1.

TABLE A.

Indice de largeur.

	91 94	95 98	99 102	103 106	107 110	111 114	115 118	119 122	Total des Cas
Rhodésia du sud-est........	2	5	8	10	13	5	—	—	43
Ecole de chirurgie.........	—	—	1	—	6	5	3	1	16
Musée d'York.............	—	—	—	2	3	2	1	1	9
Autres crânes et modèles...	—	—	1	2	4	6	2	—	15
Total.............	2	5	10	14	25	18	6	2	83


Figure 1.
Indice de largeur.



On voit que la moyenne de toutes ces observations dans différentes races et à des époques diverses est un indice de largeur variant de 107 à 110. Les photographies permettent de comparer cet indice de moyenne normale avec ceux de quelques arcades anormales.

2° *Rapport de la largeur des dents à la largeur de l'arcade.*

Il s'agissait de se rendre compte de la possibilité de prendre la mesure d'une dent comme critérium de la largeur des dents de toute la dentition, ou si la différence observée normalement dans cette mensuration était grande au point de la rendre sans valeur comme preuve de l'anormal.

La mesure prise fut la largeur de l'incisive centrale à sa partie la plus large ou la moyenne des deux, dans le cas où leur largeur serait inégale.

La largeur bicuspidienne de l'arcade fut alors divisée par cette mensuration et le quotient appelé, pour être plus bref, rapport incisivo-bicuspidien.

$$\frac{\text{Largeur de l'arcade au niveau des prémolaires}}{\text{Largeur de l'incisive centrale.}} = \text{Rapport incisivo-bicuspidien}$$

Les résultats dans 136 observations sont décrits en colonnes de répartition table B figure 2.

TABLE B.

Rapport incisivo-bicuspidien.

	4.3 4.4	4.5 4.6	4.7 4.8	4.9 5.0	5.1 5.2	5.3 5.4	5.5 5.6	5.7 5.8	5.9 6.0	6.1 6.2	6.3 6.4	Table des Cas
Rhodésia du sud-est.	—	—	—	5	12	1	10	7	4	1	2	42
Edimbourg..........	1	—	3	3	11	12	10	5	3	1	—	49
Collège de chirurgie..	—	·	—	1	1	2	5	3	2	1	1	16
Musée d'York........	—	—	—	1	3	1	3	3	—	—	—	11
Autres crânes........	—	—	—	—	—	1	2	1	—	—	—	4
Modèles et patients...	—	—	1	·	4	5	3	1	—	—	—	14
Total........	1	—	4	10	31	22	33	20	9	3	3	136

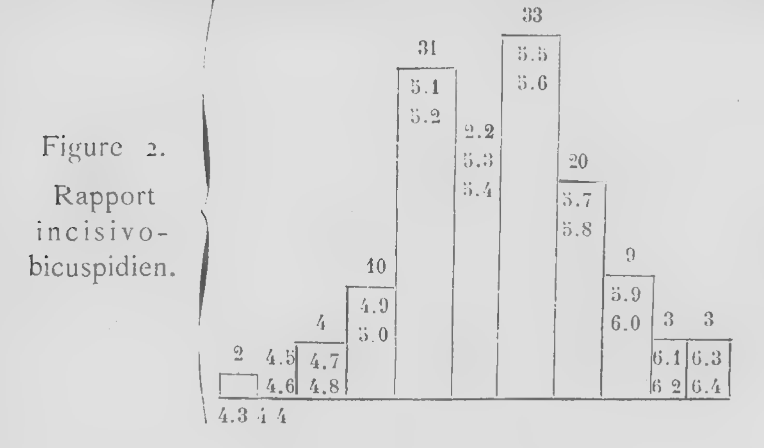


Figure 2.
Rapport incisivo-bicuspidien.

Nous obtenons ainsi une courbe à deux sommets, comme il s'en trouve si souvent dans beaucoup d'observations anthropométriques avec une mensuration approximative d'environ 5.3. Comme les observations recueillies concernaient des races et des époques différentes cette variation n'est pas grande et les résultats, lorsqu'ils sont comparés avec le même rapport, pris sur des arcades anormales, semble démontrer que cette méthode de faire coïncider la largeur des dents et la largeur de l'arcade peut être réellement utile.

Il est probable que des méthodes telles que celles que nous indiquons ici nous donneront des moyens d'arriver ultérieurement à une classification définitive de différents types des arcades normales.

En ce qui concerne l'arcade inférieure, je pense que sa largeur au niveau de la 2e prémolaire est, à l'état normal, presque exactement la même que celle de l'arcade supérieure au niveau de la première prémolaire ; de telle sorte que le rapport incisivo-bicuspidien s'applique aux deux arcades : à l'arcade supérieure à la première prémolaire et à l'arcade inférieure à la seconde prémolaire.

Dans les photographies quelques arcades anormales sont montrées avec le compas indiquant ce que devrait être l'arcade avec un rapport de 5. 5. Au fur et à mesure que le nombre des observations augmentait il devint évident que ce rapport était trop grand de telle sorte que l'insuffisance apparente de largeur était un peu trop grande.

*
* *

Dans la discussion qui suivit la présentation de cette communication M. Walter Coffin dit qu'il pensait qu'elle serait utile non seulement à l'odontologie, mais aussi à l'anthropométrie générale et que le rapport 5.3 aurait certainement une grande valeur ; qu'il y aurait cependant quelques corrections à faire spécialement en ce qui concerne les prémolaires, les malpositions légères à ce niveau étant normales. En conséquence ni la position de la première ou de la seconde prémolaire ne pouvait représenter la largeur moyenne dans cette partie de la mâchoire. Il avait été amené à prendre la moyenne des mesures prises entre les faces externes des deux premières et des deux secondes prémolaires.

Dans une lettre adressée au journal *Items of Interest* au mois de novembre 1908, G. C. Campion, au nom de la Commission, de la Société anglaise pour l'étude de l'orthodontie, a prié ce journal de lui envoyer les renseignements suivants :

1° Le rapport de la longueur de l'arcade avec sa largeur : quelles ont été les méthodes de mensuration et entre quels points fixes cette mesure fut prise ?

2° Rapport de la largeur des dents à la largeur de l'arcade ; quelle méthode fut adoptée pour déterminer ce rapport ?



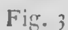


Fig. 3

Largeur incisive centrale.....	9.4
Largeur arcade 1re prémolaire	50.6
Rapport incisivo-bicuspidien..	5.3
Longueur de l'arcade.........	46.7
Largeur indice 1re prémolaire.	108.3



Fig. 4.

Largeur incisive centrale.....	8.5
Largeur arcade 1re prémolaire	44.5
Rapport incisivo-bicuspidien..	5.2
Longueur de l'arcade........	41.5
Largeur indice 1re prémolaire	108,2

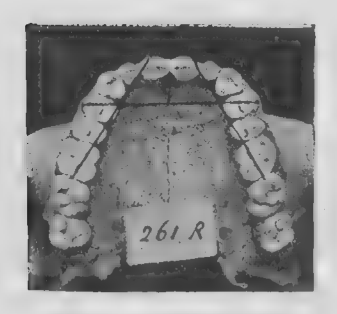


Fig. 5.

Largeur incisive centrale.....	8.0
Largeur arcade 1re prémolaire	44.8
Rapport incisivo-bicuspidien..	5.6
Longueur de l'arcade........	36.0
Largeur indice 1re prémolaire	124.6

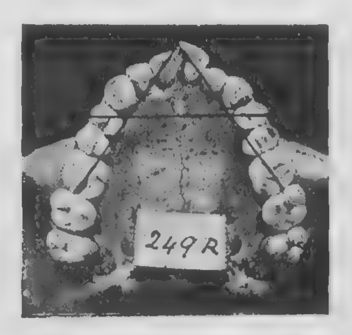


Fig. 6.

Largeur incisive centrale.....	9.0
Largeur arcade 1re prémolaire	45.1
Rapport incisivo-bicuspidien..	5.0
Longueur de l'arcade.........	44.5
Largeur indice 1re prémolaire	101.3



Fig. 7.

Largeur incisive centrale......	8.5
Largeur arcade 1re prémolaire.	44.8
Rapport incisivo-bicuspidien..	5.2
Largeur indice 1re prémolaire.	106.0

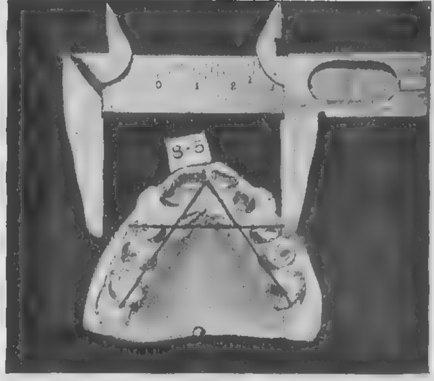


Fig. 8.

Largeur incisive centrale.....	8.5
Largeur arcade 1re prémolaire.	39.5
Rapport incisivo-bicuspidien..	4.6
Largeur indice 1re prémolaire.	90.0

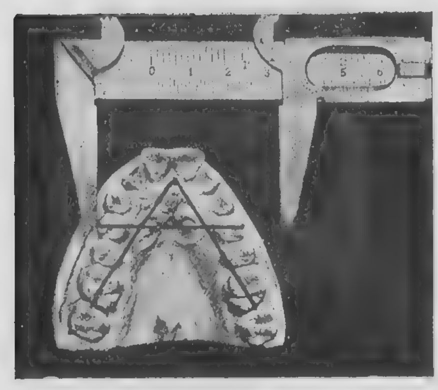


Fig. 9.

Largeur incisive centrale.....	8.5
Largeur arcade 1re prémolaire.	38.8
Rapport incisivo-bicuspidien..	4.5
Largeur indice 1re prémolaire.	84.0



Fig. 10.

Largeur incisive centrale.....	8.5
Largeur arcade 1re prémolaire.	38.3
Rapport incisivo-bicuspidien..	4.5
Largeur indice 1re prémolaire.	83.0

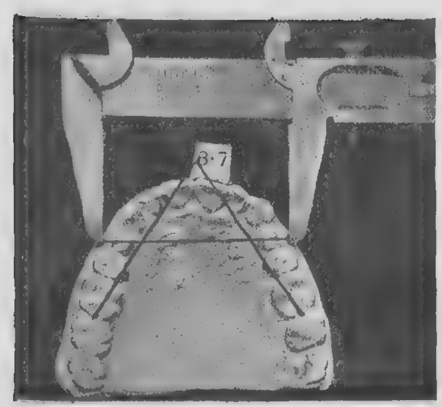


Fig. 11.

Largeur incisive centrale.....	8.7
Largeur arcade 1re prémolaire.	48.4
Rapport incisivo-bicuspidien..	5.5
Largeur indice 1re prémolaire.	111.0

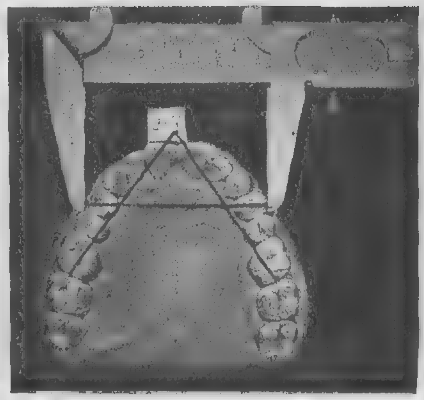


Fig. 12.

Largeur incisive centrale.....	8.7
Largeur arcade 1re prémolaire.	47.0
Rapport incisivo-bicuspidien..	5.4
Largeur indice 1re prémolaire.	113.0

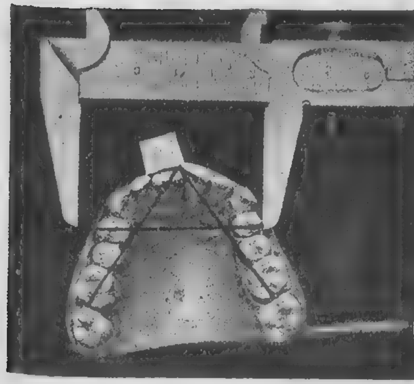


Fig. 13.

Largeur incisive centrale.....	8.7
Largeur arcade 1re prémolaire.	42.7
Rapport incisivo-bicuspidien..	4.9
Largeur indice 1re prémolaire.	101.0

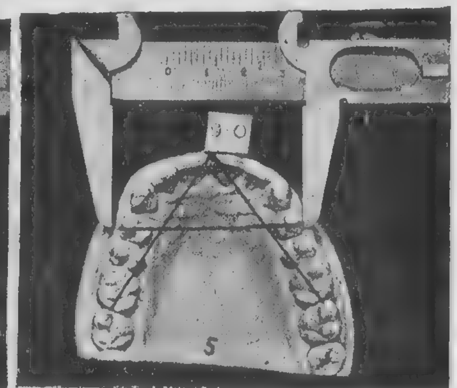


Fig. 14.

Largeur incisive centrale.....	9.0
Largeur arcade 1re prémolaire.	47.1
Rapport incisivo-bicuspidien..	5.2
Largeur indice 1re prémolaire.	104.0

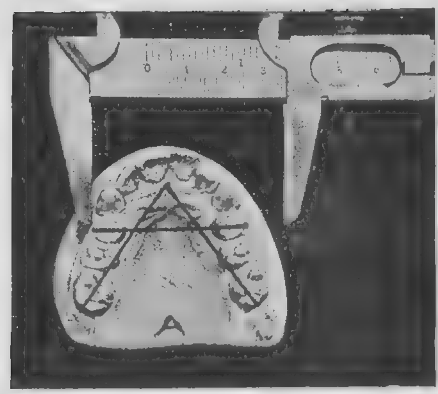


Fig. 15.

Largeur incisive centrale......	9.0
Largeur arcade 1re prémolaire.	39.3
Rapport incisivo-bicuspidien..	4.3
Largeur indice 1re prémolaire.	87.0

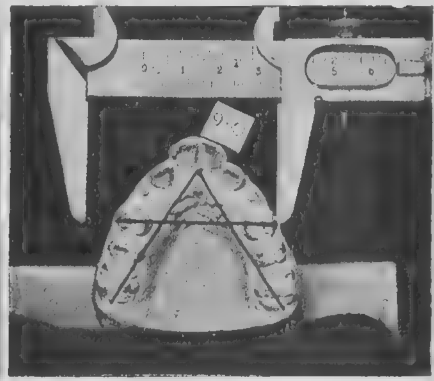


Fig. 16.

Largeur incisive centrale.....	9 0
Largeur arcade 1re prémolaire.	41.4
Rapport incisivo-bicuspidien..	4.6
Largeur indice 1re prémolaire.	85.0

3° Hauteur du palais. Quels sont les points pris pour le déterminer ?

Ceci fut fait dans le but d'établir une base pour une étude scientifique plus approfondie de l'orthodontie.

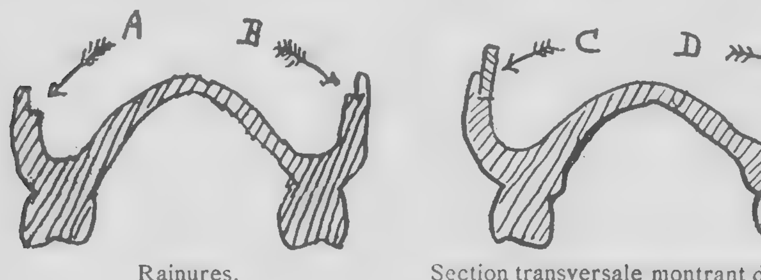
EMPLOI DU CAOUTCHOUC MOU POUR LA RÉTENTION DES DENTIERS ARTIFICIELS

Par H. Grove, de Wyoming.

Il s'agit d'un procédé utile de fixation des dentiers de vulcanite haut et bas par la pression atmosphérique et l'adhérence de contact de telle sorte que la mastication et la conversation ne les dérangent pas.

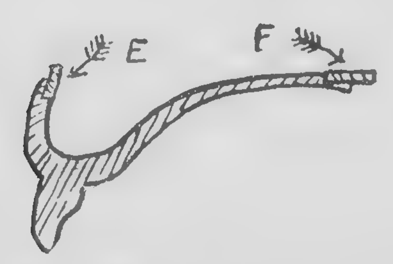
Cette méthode s'applique surtout quand un dentier ne tient pas en place en raison de la platitude extrême et de la dureté des tissus.

Le mode de fixation est le suivant : le dentier, haut ou bas, est fait et vulcanisé comme d'habitude et les bords sont façonnés de manière à dégager les muscles quand la bouche est ouverte ou fermée et à laisser libre le mouvement de la langue. Puis on coupe un filet de 3 mm. de large avec une fraise à la hauteur de l'épaisseur du caoutchouc qui servira. Ce filet ou rainure est fait complètement autour du bord de la plaque du côté voisin de la gencive et en travers du dos de la pièce, de sorte qu'il continue autour de la plaque.



Rainures.

Section transversale montrant des bandes transversales en place en C et D.



Section longitudinale montrant une bande flexible fixée en E et F.

Le fond de ce filet ou rainure est badigeonné d'une solution de caoutchouc dans le chloroforme. On coupe alors une bande de

caoutchouc flexible de 1 mm., on la place dans cette rainure, on l'étend avec une spatule, avec les doigts ou un autre instrument en laissant le caoutchouc mou dépasser le bord de la pièce. Les extrémités du morceau de caoutchouc sont fortement unies au moyen d'une spatule chaude de façon à former un ruban continu autour de la pièce.

On met le tout dans le plâtre dans le moufle et l'on revulcanise, après quoi l'on façonne et l'on polit.

(*Dental Summary*, avril 1907, p. 245.)

REVUE ANALYTIQUE

Le sulfophénate de zinc. — Construction défectueuse des instruments et appareils dentaires. — Sur les poudres et eaux dentifrices. — La langue noire d'après les dernières recherches scientifiques. — La « méniscite » temporo-maxillaire. — Traitement de la leucoplasie.

Le sulfophénate de zinc.

L'utilité du sulfophénate de zinc est appréciée dans le traitement des inflammations de la muqueuse buccale et des tissus plus profonds ; elle l'est surtout dans celui de la pyorrhée.

Il y a beaucoup de cas de pyorrhée qui n'ont besoin, pour être guéris, que du traitement chirurgical. La nature fait le reste. Nous pouvons toutefois aider celle-ci en rendant aux tissus leur état normal après l'opération en réduisant la laxité des fibres de la membrane péricémentaire par un stimulant astringent, le sulfophénate de zinc. C'est un astringent puissant et un antiseptique, qui fait que les fibres du ligament adhèrent tout autour du bord gingival et que les culs-de-sac disparaissent. En amenant la gencive à entourer la dent, les matières étrangères n'ont plus tendance à s'accumuler. De plus, par la constriction des vaisseaux sanguins que provoque cet agent, les produits inflammatoires diminuent et disparaissent.

(*Dent. Dig.*, novembre 1907.)

Construction défectueuse des instruments et appareils dentaires.

M. Frank Coleman signale, dans un article publié sous ce titre, la défectuosité des instruments et appareils construits sur des principes inexacts au point de vue chirurgical ou au point de vue anatomique, quelquefois à ce double point de vue.

Cela provient de ce que la profession laisse trop de latitude à cet égard aux fabricants, et accepte trop facilement ce qu'on lui présente, au lieu de donner elle-même des indications et des conseils pour la fabrication des objets dont elle a besoin. Ce n'est pas une raison parce qu'un instrument est en usage depuis des années pour qu'il ne doive pas être modifié.

Les praticiens doivent donc présenter leurs observations pour qu'il en soit tenu compte dans la fabrication des instruments et appareils, afin que ceux-ci répondent vraiment au but pour lequel ils sont destinés.

(*Brit. Dent. J.*, 15 nov. 1907.)

Sur les poudres et eaux dentifrices.

Selon l'auteur, qui a fait des recherches sur différentes poudres et eaux dentifrices, il n'existe pas encore un antiseptique qui agisse autrement que par action mécanique sur la muqueuse buccale. Les médicaments que l'on emploie pour détruire les bactéries ont quelquefois une action nocive plutôt sur l'épithélium buccal que sur les bactéries.

L'auteur employa certains médicaments comme le thymol-trikrésol-formol en solutions très faibles, sublimé à 1 : 1000, acide borique, durant 1 à 2 minutes 1/2 sur certaines parties de la muqueuse et, répétant l'expérience trois fois par jour, il observa des modifications plus ou moins sensibles sur les parties traitées de cette manière. L'auteur rappelle un cas où l'application répétée d'une solution de thymol à 2 o/o sur le rebord gingival, détermina l'hypertrophie de l'épithélium.

Une poudre à base de craie ne devrait être employée que dans le but d'enlever les dépôts qui se forment sur les dents. L'emploi d'un dentifrice demande quelques précautions, car des poudres trop fortes produisent l'usure de l'émail. Le spécialiste ne devrait pas recommander une poudre dont il ne connaît ni la formule ni l'action. Un dentifrice ne doit contenir ni os de seiche, ni pierre ponce.

Si la poudre contient 1 1/2 o/o de savon, il faut s'attendre après son emploi quotidien pendant quelques semaines, à une dégénérescence de l'épithélium.

Il est de notre devoir de faire la prophylaxie des dents sans nuire aux autres tissus buccaux.

Il faut se garder d'ordonner des médicaments trop astringents qui agissent sur l'épithélium buccal et de n'ajouter des stimulants peu actifs. Les deux catégories produisent la dégénérescence de l'épithélium. Il ne faudrait les employer que pour guérir un état pathologique de la muqueuse.

Si, on se sert d'une poudre il faut qu'elle soit très fine, l'eau dentifrice active doit être employée avec intermittence.

Ne pensons jamais qu'un dentifrice doive avoir pour but de détruire les microorganismes de la bouche.

L'auteur recommande la poudre suivante :

Magnésie calcinée..........................	5 gr.
Carbonate de chaux........................	10
Carbonate de magnésie....................	2
Menthol..	0,2
Saccharine......................................	0,1
Essence de menthe poivrée................	0,2

(*Deutsche Zahnartzliche Zeitung*, 31 janvier 1909.)

B. Sommer.

La langue noire d'après les dernières recherches scientifiques.

L'auteur a fait une étude très intéressante sur la langue noire. Il cite les différents auteurs qui ont traité la question et les théories qu'ils ont établies.

Il est intéressant d'en connaître quelques-unes.

L'auteur emprunte à Blegvad une description très exacte de la langue noire.

« Sur le dos de la langue on voit une tache noire brunâtre qui siège en avant des papilles caliciformes et qui se prolonge à 2 centimètres près de la pointe de la langue.

» La tache est localisée symétriquement sur les deux côtés de la li-

gne médiane. Cette tache est formée de longs prolongements des papilles filiformes. Elles ont la longueur d'un 1/2 à 1 centimètre et augmentent derrière et des deux côtés du sillon médian de sorte que la ligne médiane apparaît très profonde et fait croire à une perte de substance.

» Si on racle la surface de la tache noire avec une curette, on parvient assez facilement à détacher les papilles les plus longues, sans faire saigner; les papilles sont cylindriques et ne sont noires que dans leurs extrémités; à la base, elles sont épaisses, grisâtres et plongent dans un liquide épais et opaque. »

Sur l'étiologie les opinions sont différentes. Hutchenson prétend que, dans beaucoup de cas, il n'y a qu'une apparence de négritie, et que dans les autres cas elle est due à des causes accidentelles.

Certains auteurs assignent à la langue noire une origine microbienne, d'autres n'admettent pas les microbes comme cause essentielle.

Cziaglinski et Heivelka ont pu isoler un champignon sur une langue noire, qu'ils ont dénommé le Mucorniger.

Sendziok en 1894 a isolé aussi un champignon.

En 1896 Schmilzelow en a isolé deux; aucun des quatre ne présente les mêmes caractères.

Schech et Drosin ont adopté la théorie de l'hyperkératose.

Blegvad apporte des preuves contre la théorie parasitaire. Il prétend que, vus au microscope, les microbes de la langue noire sont tous ceux que l'on rencontre dans la bouche.

Quelquefois, il n'y a pas de microbes ou il y en a bien peu et distribués très différemment sur les papilles; les unes en sont complètement recouvertes, d'autres n'en présentent pas du tout.

Le nombre des bactéries n'est pas en rapport avec l'intensité de l'affection. Quant aux parasites isolés par quelques auteurs, aucun ne présente les mêmes caractères. Aussi n'ont-ils pu être cultivés qu'à une température de 21 à 25° au-dessus de zéro, tandis qu'ils devraient se développer à une température de 37° au-dessus de zéro.

La langue noire a été observée chez des syphilitiques, dans les affections de la bouche, du pharynx et larynx, de l'estomac et chez des sujets débilités par des maladies ou la sénilité. On l'a observé après la scarlatine, fièvre typhoïde, influenza, néphrite, tabès, dorsalis, myélite, tuberculose, épilepsie, etc. Le tabac paraît jouer un rôle important.

Les hommes sont atteints plus souvent que les femmes.

Le diagnostic n'est pas difficile à établir, les deux principaux symptômes étant l'hypertrophie des papilles filiformes et la coloration foncée. On ne rencontre pas toujours la coloration noire, quelquefois les nuances varient du noir brunâtre, noir bleuâtre, gris jaunâtre, vert foncé, brun jaunâtre jusqu'au blanc.

La plupart des auteurs prétendent que les symptômes subjectifs font défaut, et l'affection est découverte par hasard.

D'autres ont signalé des symptômes très pénibles pour le malade (sécheresse, chatouillement, etc.). D'après Blegvad ces symptômes sont la manifestation d'une affection générale grave.

L'affection peut être chronique ou aiguë et peut se développer pendant la nuit et il se forme une tache limitée qui s'étend.

Si elle s'est développée pendant une maladie générale aiguë, elle disparaît avec celle-ci.

Comme traitement, on fait le raclage des papilles avec une curette et on fait des badigeonnages avec l'eau oxygénée[1] à 10 o/o ou du sublimé.

L'auteur déconseille d'appliquer les caustiques tels que acide lactique, acide trichloracétique qui ont été recommandés par différents auteurs.

La théorie de Blegvad est la suivante : Pour une cause quelconque les papilles filiformes deviennent plus longues. Probablement la cause est une irritation, une légère glossite provoquée par une affectation du nez, de la gorge ou du tube digestif, par le tabac, certains médicaments qui sont éliminés par la bouche comme le mercure. Elle se manifeste aussi chez des individus débiles.

Le rôle de l'acidité de la salive n'est pas bien connu. D'après Blegvad elle peut accompagner la langue noire et être provoquée par les mêmes causes (troubles digestifs, stomatites). La coloration des papilles se ferait par les aliments, le vin, le tabac et les médicaments.

(*Vierteljahresschrift der Zahnheilkunde*, octobre 1908.)

B. Sommer.

La « méniscite » temporo-maxillaire.

Les ménisques intra-articulaires ont toute une histoire pathologique ; au genou, en particulier, on sait quelle est la fréquence relative des « méniscites » traumatiques et à quels accidents elles donnent lieu. Ces lésions méniscoïdales sont d'autant plus intéressantes que, assez souvent, elles expliquent certains « états douloureux » des jointures, vaguement attribués au rhumatisme, et que cette notion pathogénique exacte, une fois acquise, permet d'intervenir efficacement.

Ceci est vrai pour l'articulation temporo-maxillaire, aussi bien que pour le genou ; les craquements douloureux de la mâchoire ne sont point d'observation rare, et il arrive que la mastication en devienne singulièrement entravée. Cette fois encore, on incrimine d'ordinaire l'arthrite chronique rhumatismale, et l'interprétation est, du reste, légitime en certains cas. Mais pareils accidents peuvent procéder également d'une « méniscite », d'une mobilité anormale et d'une subluxation de ce ménisque, et prêter alors à une cure opératoire.

M. Lanz insiste sur cette affection particulière de l'article temporo-maxillaire, dont il rapporte 3 exemples ; 2 fois il intervint, et put vérifier directement le bien-fondé de l'hypothèse pathogénique.

Une jeune fille de dix-huit ans éprouve, dès qu'elle ouvre la bouche un peu grande, une sensation pénible de corps étranger au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche ; un craquement se produit,

---

1. V. *Odontologie*, 15 octobre 1907, p. 321. D'après M. Bizard, l'eau oxygénee serait contre-indiquée dans le traitement de la langue noire.

qu'on sent nettement au doigt, et qui, du reste, s'entend. La gêne s'accuse de plus en plus, en dépit de tous les traitements locaux. On opère ; on découvre l'article par une incision horizontale, on l'ouvre, et l'on reconnaît alors que, au moment où la mâchoire s'abaisse, le ménisque est projeté fortement en avant et semble se luxer ; il est, d'ailleurs, d'une mobilité extrême. On l'excise ; on cherche un corps étranger, sans rien trouver, et l'on réunit la capsule et la peau, tout en laissant une étroite lamelle de gaze en avant et en arrière du condyle. La guérison s'obtient sans difficulté : les craquements ne reparaissent plus et la mastication redevient normale.

Dans l'autre cas, il s'agissait d'une jeune fille de vingt-quatre ans, et les accidents étaient tout semblables. Il n'y avait jamais eu de luxation ni d'arthrite temporo-maxillaire, mais l'ouverture de la bouche provoquait un craquement douloureux à gauche, et la gêne était de plus en plus pénible. Notre confrère prit finalement le parti d'ouvrir la jointure, et, là encore, il reconnut un déplacement anormal du ménisque, subluxé en avant, lorsque la mâchoire s'abaissait. Il le réséqua. Tout craquement cessa ; l'ouverture grande de la bouche resta encore un peu pénible pendant un mois, puis tous les accidents disparurent.

Il convient d'ajouter que le ménisque excisé fut soumis à l'examen histologique, dans ce second cas ; on le trouva normal, sans aucune trace de lésion inflammatoire, mais on nota l'amincissement et la laxité des couches conjonctives circonférencielles.

Cette laxité des connexions capsulaires du ménisque et la mobilité excessive qui en résulte seraient les facteurs originels de cette affection douloureuse de la jointure temporo-maxillaire. Bien entendu, elle se présente sous des formes variables, et les craquements peuvent être passagers et ne créer qu'une gêne fort atténuée ; mais, lorsque les accidents persistent et s'aggravent, il est bon de savoir que, par l'excision du ménisque, on peut obtenir une guérison complète et définitive.

(O. Lanz, *Zentr.-Bl. f. Chir.*, 27 février 1909, et *Semaine Méd.*, 24 mars 1909.)

Traitement de la leucoplasie.

M. Lacapère consacre une intéressante étude au traitement de cette affection qu'il considère comme toujours d'origine syphilitique.

Il importe de distinguer trois périodes principales dans la leucoplasie, chacune comportant des indications thérapeutiques spéciales.

A la période de début, lorsque les plaques de leucoplasie sont encore isolées, il faut, en premier lieu, rechercher et supprimer la cause occasionnelle : irritation provoquée par une épine dentaire, par une dent isolée, par un appareil prothétique, enfin et surtout, plaques muqueuses récidivantes. Dans ce dernier cas, on interdira au malade l'usage du tabac, des mets épicés et des boissons alcooliques, et l'on prescrira en même temps un nettoyage très complet de la bouche et des dents.

De plus, on interviendra par un traitement local assez énergique qui consistera surtout en légères cautérisations locales avec une solu-

tion de nitrate d'argent à 20 p. 100 ou des attouchements à l'eau oxygénée pure.

Enfin on aura recours au traitement étiologique de la leucoplasie, et l'on instituera le traitement mercuriel intensif et prolongé par les piqûres d'huile grise, en administrant en même temps de l'eau sulfureuse qui facilite notablement l'élimination du mercure.

L'iodure de potassium est sans effet et doit être proscrit, aussi bien à cette période de début qu'aux suivantes.

A la période d'état, la leucoplasie présentant souvent des tendances à l'ulcération, on remplacera les caustiques énergiques par des modificateurs de la sclérose, tels que la solution de bichromate de potasse au cinquantième, et, en dehors de ces attouchements, on prescrira des gargarismes émollients tels que l'eau de Saint-Christau.

Parfois on enlèvera chirurgicalement les plaques très épaisses, ou l'on détruira au thermo ou au galvanocautère les lésions à forme papillomateuse.

Le traitement général sera le même qu'à la période précédente.

A la période tardive, lorsque la leucoplasie est exfoliée, fissurée, on se bornera aux émollients, eau de Vichy, de Saint-Christau, et l'on évitera surtout l'emploi de l'iodure de potassium qui peut transformer les ulcérations en épithélioma.

On peut quelquefois retirer de bons effets de l'emploi des courants de haute fréquence et des applications de radium.

Enfin, si la transformation cancéreuse s'est produite, on aura recours à l'exérèse doublée de la fulguration ou de la radiumthérapie.

(*Gazette Médicale de Paris*, 15 mars 1909.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Attelles pour les dents antérieures du bas. — Pour des dents branlantes et menaçant de tomber, Blakeman a employé le procédé suivant :

On prend l'empreinte au plâtre, puis on fait un modèle en plâtre. On estampe à la face linguale de chaque dent un morceau d'or pur depuis le bord tranchant jusqu'à la partie épaisse de la dent au-dessous. Des trous perpendiculaires sont forés dans chaque dent : un à la base, un ou deux au sommet. Les arrières d'or sont placés sur les dents pour se conformer aux trous, en les liant avec un fil de soie. On place dans chaque trou un fil de platine iridié en le laissant dépasser l'arrière de 3 à 4 mm. On verse du plâtre sur les crampons et l'arrière afin de les enlever intacts. La partie du crampon dépassant l'arrière est aplatie d'un côté ou taillée en biais à l'extrémité pour réajuster en cas de déplacement ou d'enlèvement. On soude les crampons à l'arrière avec peu de soudure. Replacer l'arrière sur la dent et brunir soigneusement en place. Enlever, investir l'arrière et renforcer avec de la soudure. Replacer les arrières sur les dents, enlever dans une empreinte au plâtre, souder ensemble. Placer la digue avant de cimenter la pièce en place.

L'auteur a construit plusieurs attelles de cette manière ; elles ont tenu parfaitement. (*Dent. Summ.*)

Prise de l'articulation. — Placer un petit anneau de cire près du bord distal de la plaque d'articulation et recommander au patient de tenir la pointe de sa langue dans cet anneau en fermant les mâchoires. (*Dent. Summ.*)

Education des parents. — Un grand nombre de parents semblent croire que le traitement et les soins généraux sont inutiles pour la première dentition, parce qu'elle doit bientôt disparaître. Quand on leur a démontré que l'enfant ne peut pas mastiquer convenablement s'il n'a pas de bonnes dents et que les dents temporaires doivent être conservées jusqu'à l'éruption des dents permanentes, cela paraît éveiller chez eux un vif intérêt. (*Dent. Cosm.*)

Mélange de la porcelaine. — Quand on remue de la porcelaine humide, des bulles d'air se forment au fond de la masse et plus on la remue, plus les bulles d'air sont grandes. On peut s'en assurer aisément en mettant de la porcelaine au bout d'une spatule et en la remuant. En l'examinant à la loupe on la trouvera pleine de bulles d'air près du fond. Presser la porcelaine doucement en la mettant en place avec une spatule de façon à la brunir. Quand elle est manipulée de cette ma-

nière, elle est très dense et très forte et il y a peu de retrait quand on la coule. (*Dent. Rev.*)

Bon dissolvant de la cocaïne. — Dans l'anesthésie de la pulpe employer une solution à 10 o/o de menthol pour dissoudre la cocaïne. C'est le meilleur de tous les dissolvants. (*Dent. Rev.*)

Maillet de corne. — Le maillet en corne tel qu'on le trouve chez les fournisseurs est sans effet : le côté pointu ne sert à rien et l'extrémité large est trop grande. Pour l'utiliser, scier le côté long à l'endroit où il a 12 millimètres de diamètre et arrondir les angles avec une lime de caoutchouc. Alors on peut s'en servir sur la surface palatale et sur les bords. (*Dent. Rev.*)

Succédané de l'iodoforme. — L'europhène peut remplacer l'iodoforme, car il contient de l'iode, qui est l'agent actif. La seule raison de l'emploi de l'iodoforme, c'est que quand il vient en contact avec l'humidité du tissu il dégage de l'iode, qui est un des meilleurs désinfectants. (*Dent. Rev.*)

Formaline et crésol. — Le mode d'emploi du mélange de formaline et de crésol est réglé par l'état de la chambre pulpaire et des canaux. S'il y a putréfaction, on peut employer un mélange contenant plus de formaline que de crésol parce qu'il y a alors des matières qui s'allieront à la partie volatilisée du mélange. S'il n'y a pas de putréfaction, employer une solution plus faible. La péricémentite apicale peut être causée aussi bien par un irritant mécanique que par les bactéries ou leurs produits, et la formaline étant un irritant puissant, il faut apporter la plus grande attention en l'employant dans les dents sans pulpe. (*Dent. Rev.*)

Moyen de fixation des couronnes à coquille de porcelaine. — Après avoir préparé la dent avec un épaulement légèrement au-dessous du bord gingival, adapter une bague au collet de la dent gingivalement par rapport à l'épaulement ; couper une feuille de platine de 1/1000, de la longueur de la bague et suffisamment large pour qu'elle recouvre bien le sommet de la dent et s'étende sous la gencive, rouler et glisser dans la bague, tourner le bord au-dessus du bord de la bague pour le faire passer sous la gencive ; glisser sur la dent. Cela maintient le bord du platine au-dessus de l'épaulement ; introduire le platine dans la dent et glisser un petit morceau d'anneau de caoutchouc entre la bague et le platine, étaler sur l'épaulement, brunir le platine au-dessus de l'extrémité du platine, enlever l'anneau de caoutchouc et la bague et brunir tous les points qu'on désire toucher. (*Dent. Rev.*)

Moyen d'obtenir un modèle exact en métal de Melotte. — Prendre l'empreinte d'une cavité en gutta-percha de plaque base, qu'on investit dans le plâtre. Quand celui-ci a pris, enlever ce qui déborde pour faciliter la séparation. Lorsque l'empreinte est investie, brûler dessus du camphre, en se servant d'un chalumeau pour souffler le charbon dans les points délicats et les parties profondes de l'empreinte. Placer dessus un anneau de caoutchouc et verser dedans du métal Melotte très

chaud et le remuer doucement. Quand on sépare on constate que le charbon a produit une surface sur laquelle ce métal a pénétré dans toutes les parties. (*Dent. Rev.*)

Inlay d'or pour incisive fracturée. — La méthode peut être employée quand le bord tranchant est brisé ou quand la face linguale a été enlevée par les dents antagonistes. Meuler le bord tranchant et la surface linguale afin de laisser assez d'or pour l'usure occlusale. Pratiquer dans le bord tranchant deux cavités en forme de queue-d'aronde revêtant sur la face linguale la forme d'ouverture en V. Forer un trou dans la fosse linguale. Après préparation de points de rétention, placer l'inlay à partir de l'extrémité. Prendre de l'or pur, 40 de la jauge, brunir sur le bord lingual et le bord tranchant. Avec un fouloir forer des trous au travers de l'arrière dans le trou et les cavités et y fouler de l'or en feuille. On obtient ainsi des chevilles d'or en feuille au lieu de platine soudé et une bien meilleure adaptation. Après foulage de l'or on complète l'adaptation de l'arrière à la dent sans danger de déplacement. Après brunissage, enlever l'arrière, revêtir tout le côté avec du blanc pour empêcher la soudure de couler. Couper des bandes de soudure à 22 carats de la dimension du bord tranchant,les faire couler sur l'arrière une par une, jusqu'à ce que la pointe ait la longueur voulue. Placer de la soudure à 18 ou 20 carats sur la face linguale et faire couler jusqu'à occlusion convenable. Mettre l'arrière sur la dent pendant la soudure et brunir afin qu'il s'adapte parfaitement, finir et poser. Quand la fracture est assez étendue pour détruire la pulpe employer un ancrage avec chevilles de platine iridié dans le canal pulpaire. (*Dent. Rev.*)

Remplacement des faces de porcelaine sans enlever le bridge ou la couronne. — Forer des trous dans l'arrière d'or pour les crampons de la nouvelle dent, rabattre les trous des deux côtés de l'arrière, couper les crampons pour qu'ils soient un peu plus longs que l'épaisseur de l'arrière, fendre les crampons de la nouvelle face avec une scie en ruban à la moitié de l'épaisseur de l'arrière. La face est prête ainsi à être mise en place au moyen d'un peu d'alliage. Mettre un peu d'alliage autour des trous sur le côté de l'arrière voisin de la face et maintenir celle-ci en place en pressant jusqu'à la fin de l'opération ; avec un instrument en forme de hachette, écarter solidement les crampons; brunir l'alliage autour des crampons sur la surface. Quand l'alliage a durci, meuler la face linguale pour lui donner sa forme originale, et l'on a ainsi un beau travail. (*Dent. Rev.*)

BULLETIN

UN PEU DE LOYAUTÉ S. V. P.

Les nouveaux décrets qui réorganisent l'enseignement dentaire et présagent d'heureux résultats pour notre profession nous semblaient devoir inaugurer une ère d'apaisement, sinon de cordiale fraternité, entre tous les membres de notre profession.

Il nous faut constater, au contraire, que la polémique reste aussi violente, aussi injuste que par le passé, et la Fédération dentaire nationale subit une recrudescence d'attaques que nous ne devons pas laisser passer.

Ne pouvant incriminer son attitude actuelle, nos adversaires cherchent à établir que, dans le passé, la F. D. N. eut d'autres aspirations, d'autres revendications que celles d'aujourd'hui.

Ils savent fort bien cependant qu'elle n'eut jamais d'autre but ; que la protection sociale et le progrès scientifique de notre profession, mais, qu'au lieu de s'arrêter à des projets irréalisables et de se perdre en des promesses sans lendemain, elle a voulu tous les résultats possibles, si minimes qu'ils apparaissent aux yeux des partisans du tout ou rien. Par étapes successives nous avons travaillé à faire notre profession toujours plus instruite, toujours plus honorable ; or, nous subissons naturellement la mauvaise humeur de ceux qui n'ont su qu'essayer d'entraver nos travaux, de briser l'accord fécond, d'entretenir des rancunes malfaisantes, guidés qu'ils sont uniquement par des dissentiments personnels.

La F. D. N. a eu le grand honneur de contribuer à l'importante réforme qui vient de se produire. C'est auprès d'elle que le plus grand nombre et les plus importantes des sociétés dentaires françaises sont venues centraliser leurs vœux et associer leurs efforts pour obtenir que les décrets en préparation donnent les résultats les meilleurs.

Nous ne nions pas que d'autres sociétés dentaires ne nous aient suivis dans cette voie pour contribuer à ce succès.

Mais nous admettons difficilement les récriminations de ceux dont

le rôle a consisté à perdre les prérogatives que l'enseignement dentaire avait chez eux au bénéfice d'un enseignement officiel et de ceux qui travaillent à obtenir le même résultat à Paris.

Ils nous reprochent « les Manitous, les ambitieux, les arrivistes » qui, paraît-il, se multiplient parmi nous. Y en a-t-il moins parmi ceux que leur action prépare à livrer la gestion de nos intérêts, la direction de notre enseignement à l'ingérence officielle, à la domination de l'Etat ?

Nos confrères de Bordeaux peu à peu absorbés par la Faculté de médecine savent ce qu'est devenue leur autonomie professionnelle et nous nous étonnons qu'après avoir vu de près l'exemple de ce qu'a produit la discorde, suscitée par leurs polémiques de clocher, ils restent encore aussi facilement le jouet de leur esprit vindicatif. Ils n'ont jamais répondu au reproche justifié qui leur a été souvent fait à cet égard.

Ils perdront, eux et leurs amis, leurs illusions : ils ne feront pas à la F. D. N. ce qu'ils ont fait chez eux.

Les sociétés honorables, importantes, dévouées à la profession tout entière qui se sont groupées dans la F. D. N., ne se laisseront pas entamer par cet esprit. Elles sont venues librement à la F. D. N. et elles y sont chez elles ; l'action commune qu'elles exercent là ne gêne en rien leur autonomie et la cotisation facultative ne peut les ruiner au profit d'une caisse centrale.

Chaque société vient là apporter les desiderata de ses membres et discuter des intérêts généraux de la profession, laissant à la porte ses discussions intestines.

De là l'influence que la F. D. N. a conquise dans notre pays.

Les étrangers la connaissent et l'estiment. C'est elle qui constitue la représentation normale de notre profession dans la F. D. I. C'est à elle que la F. D. I. demande l'avis favorable nécessaire pour les membres qui s'y inscrivent à titre individuel. C'est elle que la F. D. I. a chargée officiellement de constituer le Comité de propagande français du Congrès dentaire international qui se tiendra à Berlin au mois d'août prochain.

A ce titre, le Comité d'organisation de ce Congrès a également confié à notre F. D. N. le soin de désigner les confrères susceptibles de s'intéresser à cette manifestation scientifique et d'y représenter dignement notre profession.

Nous aurions pu agir comme nos adversaires et, sans justice et sans fraternité, les éliminer, les ignorer. Ils voudront bien reconnaître que nous avons fait abnégations de griefs au demeurant assez légitimes et que très loyalement, avec le haut souci de voir notre art dentaire français glorieusement représenté à ces assises internationa-

les, nous avons désigné dans tous les groupes et dans tous les partis les personnalités susceptibles d'honorer notre profession.

Nous avons agi ainsi parce que telle est la règle absolue de la F. D. N. : favoriser tout ce qui peut élever notre profession, promouvoir tout ce qui peut la grandir, travailler toujours à une union plus intime et plus confraternelle.

FRANCIS JEAN,
Président de la Fédération Dentaire Nationale.

HYGIÈNE

SERVICE DENTAIRE RÉGIMENTAIRE

Un de nos jeunes confrères, M. A. Cardi, D. E. D. P., qui fait son service militaire en ce moment, nous adresse l'intéressante lettre suivante que nous publions avec plaisir ; elle montre aussi clairement qu'il est possible les services que peuvent rendre les chirurgiens-dentistes dans les régiments.

Si l'on songe que cela se passait dans la région du Plateau Central, sur un contingent appartenant à la population la plus favorisée en France sous le rapport de la résistance des dents à la carie, on jugera de l'utilité de la création des services dentaires régimentaires. Aussi nous espérons que l'organisation embryonnaire qui existe sera rapidement développée et qu'on améliorera bientôt la situation du chirurgien-dentiste dans l'armée en lui donnant, là aussi, l'autonomie à laquelle il a droit. Seule, cette organisation autonome des services dentaires militaires permettra à ceux-ci de rendre tous les services qu'on est en droit d'attendre d'une organisation si précieuse pour l'hygiène publique.

M. R.

Clermont-Ferrand, 13 mars 1909.

Cher Monsieur et confrère,

Me voici parvenu au dix-huitième mois de mon service militaire au 92e régiment d'infanterie, actuellement à Clermont-Ferrand, et, je crois qu'il est temps que je vous envoie un compte rendu de l'emploi que l'on fait de moi dans ce régiment.

Arrivé au service en même temps que paraissait la circulaire du sous-secrétaire d'Etat au ministère de la guerre, relative à l'établissement de services dentaires dans l'armée, je fus, immédiatement après les quatre mois réglementaires d'instruction des jeunes recrues, versé à l'infirmerie régimentaire comme infirmier.

M. le médecin-major Lanusse-Croussé, chef de service au 92e régiment, tout en m'obligeant à remplir les fonctions d'infirmier, m'autorisa à former un service dentaire.

Je m'installai aussitôt un petit cabinet, avec tous les instruments qui ont rapport à notre profession et que renferme une infirmerie régimentaire ; je complétai moi-même la rudimentaire installation avec quelques-uns de mes appareils personnels (daviers, tour, porte-empreintes, etc.). Et, depuis quatorze mois, je crois avoir amélioré sensiblement l'hygiène buccale de ce régiment, uniquement composé

92e Régiment Infanterie. Effectif moyen 1550 hommes, sans compter *réservistes*.

MOIS	EXTRACTIONS			NETTOYAGES	TRAITEMENT de gingivite ou autres affections de la muqueuse buccale	OBTURATIONS			POSE de dents à pivot	POSE d'appareils	OBSERVATION
	sans anesthésie	avec anesthésie									
		locale	générale			Amalgame	Ciment	Gutta			
1908 Février...	65	14	1	4	2	»	2	8	»	1	Au total 2.994 opérations.
Mars.....	122	16	1	6	5	1	4	7	1	»	
Avril.....	114	6	»	2	3	5	18	7	»	3	
Mai......	139	7	»	1	3	6	8	11	»	»	
Juin......	264	32	1	12	2	9	27	14	»	1	
Juillet....	171	5	»	5	4	11	12	16	»	1	
Août.....	168	17	»	8	7	15	22	2	»	»	
Septembre	146	15	»	3	2	10	8	4	2	»	
Octobre..	210	28	»	15	9	6	21	10	»	2	
Novembre	208	23	»	4	3	5	19	6	»	»	
Décembre	204	22	»	2	1	26	23	11	2	1	
1909 Janvier...	237	14	»	1	»	14	5	3	»	»	
Février..	196	30	»	4	1	16	13	8	1	1	
Total........	2244	229	3	67	42	124	182	107	6	10	

d'originaires de l'Auvergne, c'est-à-dire en grande partie de jeunes gens ignorant totalement les premiers principes de l'hygiène dentaire et para-dentaire.

Voici, du reste, dans le tableau ci-contre, le relevé des opérations que j'ai pratiquées et que j'ai personnellement enregistrées dans le but de vous les communiquer un jour.

Je vous prierai, si vous le jugez à propos, de vouloir bien, cher confrère, faire insérer dans notre journal *L'Odontologie* ce compte rendu de mon travail dentaire dans ce régiment afin de démontrer par là, une fois de plus, à l'appui de tous les articles parus, discutant de l'obligation d'un service dentaire dans l'armée, la nécessité urgente de dentistes militaires.

Recevez, etc.

A. Cardi,
Chirurgien-dentiste, D. F. M. P., D. E. D. P.

CLINIQUE DENTAIRE A NICE

Nous apprenons que, grâce à l'initiative de M. F. Fabret, notre confrère de Nice, une clinique dentaire scolaire a été créée dans cette ville.

Frappé du manque total de soins chez les élèves qu'il inspectait et auxquels il prodiguait, avec des conseils, quelques leçons sur l'hygiène dentaire, M. Fabret en référa à la municipalité de Nice.

Celle-ci très obligeamment accorda tout ce que demandait notre confrère. Depuis, la clinique fonctionne et un double bienfait en résultera : les souffrances soulagées ou évitées à tous ces pauvres petits êtres, et d'autre part la vulgarisation des soins et des habitudes d'hygiène.

D'où source de futurs clients pour les dentistes à venir. Le voilà bien le remède à la phlétore professionnelle !

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN ESPAGNE, EN PORTUGAL ET DANS L'AMÉRIQUE LATINE

Rapport présenté à la F. D. I., Session de Bruxelles, août 1908.

Par O. Amoedo. *(Suite et fin.[1])*

BRÉSIL

L'enseignement de l'art dentaire au Brésil se donne à Rio-de-Janeiro, dans une école d'odontologie libre, reconnue par décret législatif, n° 1371, du 28 août 1905.

Il existe au Brésil deux catégories de dentistes : le chirurgien-dentiste et le docteur en odontologie.

Les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste doivent présenter un certificat des études préliminaires suivantes :

Portugais, français, anglais ou allemand, arithmétique jusqu'aux proportions inclusivement, géométrie linéaire, éléments de physique et de chimie.

L'ouverture du registre des inscriptions est annoncée par la presse pendant huit jours consécutifs.

Pour être inscrit en première année à n'importe quel cours, le candidat doit produire :

1° Un certificat des examens préparatoires exigés par les divers cours de l'Ecole ;

2° Un certificat de vaccine ;

3° Le reçu des diverses taxes exigées, payées au secrétaire de l'Ecole ;

4° Un certificat d'identité.

Les études préliminaires au diplôme de docteur en odontologie sont les suivantes :

Portugais, français, anglais ou allemand, arithmétique, géométrie, histoire du Brésil, géographie du Brésil, éléments de physique et de chimie, éléments d'histoire naturelle.

L'enseignement des matières pour le diplôme de chirurgien-dentiste se fait en deux séries.

Première série.

Anatomie descriptive de la tête, physiologie dentaire, histologie de la bouche et ses annexes.

---

1. Voir *L'Odontologie* des 15 septembre, 15 et 30 octobre 1908 et 15 février 1909.

Deuxième série.

Anatomie médico-chirurgicale de la bouche, pathologie dentaire, thérapeutique dentaire, hygiène dentaire, prothèse dentaire, clinique odontologique.

Les matières enseignées aux docteurs en odontologie sont divisées en quatre séries.

Première série.

Histoire naturelle, physique et mécanique appliquées, anatomie.

Deuxième série.

Première partie. — Chimie et métallurgie, histologie, physiologie, prothèse dentaire.

Deuxième partie. — Clinique odontologique.

Troisième série.

Première partie. — Anatomie médico-chirurgicale de la bouche, pathologie, thérapeutique, hygiène, prothèse dentaire.

Deuxième partie. — Clinique prothétique, clinique odontologique.

Quatrième série.

Première partie. — Jurisprudence dentaire, prothèse dentaire.

Deuxième partie. — Clinique prothétique, clinique odontologique.

En plus de la chaire de clinique, il est donné un enseignement pratique dans les chaires de physique et mécaniques appliquées, chimie et métallurgie, histoire naturelle, anatomie, histologie, physiologie et prothèse.

L'enseignement clinique se fait dans le local de l'assistance dentaire de l'Ecole.

Pour l'instruction pratique des élèves et les recherches des professeurs il existe des laboratoires pour les chaires mentionnées dans l'article précédent.

Il est permis aux élèves simplement reçus, et sans mention de s'inscrire à nouveau pour le même examen, à l'époque voulue ; toutefois, dans ce cas, la note seule du deuxième examen prévaut, que l'élève soit reçu ou refusé.

Les élèves reçus dans les matières exigées pour le doctorat en odontologie doivent présenter, comme épreuve finale complémentaire, une thèse imprimée.

Il est conféré aux élèves reçus après audition de leur thèse le diplôme de docteur en odontologie.

Les cours de l'Ecole d'odontologie commencent le 1er mars et finissent le 31 décembre.

Les examens se subissent par tirage au sort ; ils sont théoriques, pratiques et écrits.

Les épreuves pratiques et orales sont publiques.

Les épreuves écrites se subissent à huis clos.

Le jour désigné pour l'épreuve écrite, les numéros correspondant

aux articles du programme exigé sont mis dans une urne, sur une bande de papier soigneusement pliée.

En recevant le diplôme, l'élève doit faire la promesse suivante :

« Je promets, dans l'exercice de ma profession de chirurgien-dentiste, d'être toujours fidèle aux devoirs de l'honneur, de la science et de la charité. Je ne me servirai jamais de ma profession pour corrompre les mœurs, ni pour favoriser le crime. »

Après cette promesse, le directeur de l'Ecole met au doigt du diplômé un anneau en forme de serpent, tenant une grenade avec ou sans brillants, qui est l'insigne des dentistes.

L'insigne des professeurs en chaire est une pèlerine grenat, et celui du directeur est une pèlerine verte.

Nous croyons intéressant de publier ces détails.

Le diplôme de docteur en odontologie est conféré aux docteurs en médecine d'une Faculté quelconque des Etats-Unis du Brésil qui ont passé avec succès les examens de prothèse clinique prothétique, et odontologie.

Il est interdit à tous les fonctionnaires du corps enseignant et jusqu'aux auxiliaires de l'enseignement de donner des cours particuliers, sur les matières enseignées à l'Ecole.

Voici le prix des inscriptions en monnaie du Brésil :

1° Inscription de thèse. . . . . 50 000 ;
2° Diplôme de chirurgien-dentiste. . . 100 $ 000 ;
3° Diplôme de Dr en odontologie. . . . 200 $ 000 ;
4° Certificat d'examen. . . . . 5 $ 000 ;
5° Autres certificats ;
(Chaque feuille simple). . . . . . . 5 $ 000 ;
6° Certificat pour diplômés étrangers. 200 $ 000.

Ne pourra pas être admis à l'examen, l'élève qui ne présentera pas le reçu de ses mensualités.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel théorique et pratique des Dents à pivot.

Par V. Dubois. (*Vigot frère, Paris,* 1908.)

La librairie Vigot frères vient de faire paraître, sous la signature de V. Dubois un manuel théorique et pratique des dents à pivot. L'auteur était bien qualifié pour traiter ce sujet, dont il n'a voulu envisager du reste que le côté travail au laboratoire, laissant de côté le travail de cabinet.

L'ouvrage comprend d'abord une partie historique, très complète, très documentée, relatant l'évolution de ce genre de restauration, depuis Fauchard jusqu'à nos jours. La constatation que ce travail est entré dans la voie scientifique depuis la fondation des Ecoles dentaires n'est pas faite pour nous déplaire, non plus que le qualificatif de période de perfectionnement appliqué à la période actuelle.

Afin de mettre un peu d'ordre dans un sujet aussi vaste, l'auteur étudie d'abord les différents genres de pivots, qu'il décrit et dont il indique le mode de préparation. A côté d'un texte précis, Dubois a multiplié les figures qui rendent facile la compréhension des descriptions techniques, qui sont toujours forcément un peu arides. Les pivots à gaîne, à rotule occupent la place importante qu'ils méritent, eu égard aux multiples services qu'ils peuvent nous rendre ; la façon de fileter, de tarauder les gaînes et les pivots est décrite avec tant de précision et de simplicité qu'il semble que ces travaux délicats puissent être exécutés par tous, avec la plus grande facilité.

Viennent ensuite la nomenclature des différentes dents à pivot, la manière de les confectionner et leur mise en place. Tous les systèmes connus sont décrits avec soin et minutie ; leur étude détaillée permet de se rendre compte de leurs avantages ou de leurs inconvénients pour le cas en présence duquel on se trouve. Là se place le seul reproche que je ferai à l'auteur au sujet du plan général de son ouvrage : c'est de n'avoir pas osé faire profiter nos confrères de son expérience de la prothèse en formulant les indications et les contre-indications de chaque système ; malgré cela, je le répète, nos confrères tireront de ce chapitre des indications précieuses.

Nous trouvons ensuite la description des diverses sortes de couronnes en porcelaine que l'auteur classe en couronnes à pivot inamovible, couronnes à pivot amovible et en couronnes diverses selon le genre de leur moyen de fixation. Ce chapitre est très complet, et

l'étudiant y puisera d'utiles indications, que l'on ne peut lui donner de façon aussi détaillée dans les cours théoriques.

Le dernier chapitre comprend l'étude des différents systèmes de restauration concernant les dents à pivot. Les noms de Touvet-Fanton, Cournand, Richard-Chauvin, Prével montrent que les Français ne se sont pas désintéressés de la question et ont contribué, pour leur bonne part, aux progrès accomplis dans cette branche de notre art. L'ouvrage se termine par l'exposé du procédé de confection des dents à pivot par le moyen de la cire perdue : méthodes Solbrig, Bardet-Schwartz, Jameson et fronde simplex, et par une bibliographie considérable, qui témoigne d'un labeur considérable.

Il m'est agréable de constater que ce travail n'est pas une terne et vague compilation ; annoncé comme le premier d'une série qui formera un traité complet de prothèse dentaire (qui nous manquait du reste), ce livre vient bien à son heure. La prothèse, à la suite des nouveaux décrets, prend la place qui lui est due parmi les épreuves qui décident de la collation du grade de chirurgien-dentiste, et nos étudiants, nouveau régime, devront une grande reconnaissance à Dubois pour les facilités qu'il leur donnera d'apprendre à fond cette branche de notre profession.

D'un autre côté, les diplômés récents, qui ne témoignaient pour la prothèse qu'une faible estime, en raison de son peu d'importance dans le troisième examen, seront heureux de compléter leur instruction spéciale, par l'étude des manuels que Dubois nous promet. Pour ceux qui connaissent davantage cette spécialité, ils y pourront trouver condensés, des renseignements sur tel ou tel système qu'ils désirent employer et qu'ils auraient beaucoup de difficultés à retrouver dans les notes éparses dans les journaux professionnels.

J. PAILLIOTTIN.

Primo caso di carie interna od a ritroso con speciale contributo all' intendimento della sensibilita e dell' iperestesia della dentina ed allo studio delle varie funzioni della membrana alveolo-dentale.

Notre confrère M. Henri Coraini, de Naples, membre de l'A. G. D. F., a publié sous ce titre dans *La Stomatologia* un article dont il a fait un tirage à part qu'il vient de nous adresser. Dans ce long et patient examen d'un *premier cas de carie interne ou à rebours avec contribution spéciale à l'intelligence de la sensibilité et de l'hyperesthésie de la dentine et à l'étude des diverses fonctions de la membrane alvéolo-dentaire* M. Coraini fait preuve d'un grand savoir, dont il faut le féliciter. Une planche coloriée et un index bibliographique ne compre-

nant pas moins de 68 publications en anglais, allemand, français et italien complètent son travail.

Petit manuel d'hygiène dentaire et buccale.

Notre confrère M. G. Duplan, de La Rochelle, D. E. D. P. et membre de l'A. G. D. F., est l'auteur de cet opuscule de 40 pages clairement écrit et qui a pour but de contribuer à répandre dans le public les bienfaits de l'hygiène dentaire. Nous le remercions de nous l'avoir adressé.

Livre reçu.

Nous avons reçu les *Verhandlungen der IX. Jahresversammlung des allgemeinen deutschen Vereins füs Schulgesundheitspflege (9-11 Juni 1908) in Darmstadt.* (Comptes rendus de la 9e assemblée annuelle de la Société générale allemande d'hygiène scolaire tenue à Darmstadt du 9 au 11 juin 1908.)

Nouveaux journaux.

Nous avons reçu le premier numéro de *La Odontologia mexicana*, revue mensuelle illustrée de la science, de l'art et de la littérature dentaires, publiée à Mexico par M. J. Rojo.

*
* *

On signale sous le titre de *The American orthodontist* la publication d'un nouveau journal destiné à faire progresser l'orthodontie comme science et comme spécialité. Il paraît à Kansas City (Missouri, Etats-Unis) et est publié par la Société des élèves de l'école d'orthodontie d'Angle. Il se propose de publier les comptes rendus de cette Société et des articles ayant trait à l'orthodontie.

NOUVELLES

Fête commémorative.

22-23-24 *mai* 1909.

La fête commémorative du trentenaire de la fondation des premières Sociétés dentaires françaises, et de la réforme des études dentaires, dont *L'Odontologie* a donné le programme dans son dernier numéro (p. 343), s'annonce comme devant revêtir un éclat particulièrement brillant.

De nombreuses adhésions nous sont déjà parvenues ; l'idée de fêter le trentenaire de la fondation de l'enseignement odontologique a d'ailleurs été accueillie avec enthousiasme dans les autres écoles reconnues d'utilité publique, et nous pouvons prévoir que plusieurs Sociétés dentaires communieront les 22, 23 et 24 mai dans cette commémoration.

Provisoirement, adresser les adhésions au secrétariat de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Rappelons que sauf modifications de détail, le programme des fêtes est ainsi composé :

Samedi 22 mai. — *Après-midi.* — Réunion de la F. D. N.

Le soir à 7 heures à l'Hôtel Continental. — Banquet sous la présidence d'honneur des Ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Intérieur et la présidence effective de M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine, assisté de MM. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, Steeg, César Trouin, Iriart d'Etchepare, Dubief, députés, etc.

A 10 heures. — Concert avec le concours d'artistes de l'Opéra, de l'Opéra-Comique, du Vaudeville, du Gymnase, de la Scala, de l'Eldorado, etc.

Les dames sont instamment priées d'assister au banquet, au concert et à l'excursion du lendemain.

Le prix du banquet et du concert est de 15 francs ; 10 francs pour les dames ; 10 francs pour les élèves.

Dimanche 23 mai. — *Matin.* — Exposition de fournisseurs. — Séance de démonstrations pratiques.

Midi. — Lunch en commun à la gare du Nord.

Après-midi. — Excursion à Chantilly. — Visite du château. — Promenade en forêt. — Dîner à l'Hôtel du Grand-Condé.

Lundi 24 mai.— *Matin.* — Séance de démonstrations pratiques. — Exposition d'instruments nouveaux.

Le soir à 8 *h.* 1/2. — Séance de la Société d'Odontologie.

Ecole dentaire de Paris.

A la suite d'un concours M. Jouard a été nommé, par décision du Conseil de direction du 30 mars, chef de clinique d'orthodontie à l'Ecole dentaire de Paris.

Société dentaire américaine d'Europe.

La 36e assemblée annuelle de la Société dentaire américaine d'Europe a eu lieu 9, 10 et 12 avril à Wiesbaden.

Etudiants Allemands.

1086 étudiants ont été immatriculés dans les sections dentaires des Universités allemandes pendant l'année 1907-1908.

Industrie du platine.

L'industrie du platine dans la Colombie britannique fait des progrès considérables. Une compagnie française a fait l'acquisition dans la région platinifère de vastes territoires qu'elle fait examiner par des ingénieurs. D'autres compagnies ont acheté également des terrains qu'elles se proposent d'exploiter d'une manière plus pratique que cela n'a été fait jusqu'à présent.

Nouvelle Société.

Il s'est formé en Angleterre une *Société pour l'étude de l'orthodontie.*

Comme son nom l'indique, la Société n'est pas seulement une réunion de spécialistes, mais une réunion de tous ceux qui s'intéressent à la pathologie, et au traitement des irrégularités dentaires.

Mariage.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de Mlle Marie-Louise

Rancillac, fille de notre confrère de Clermont-Ferrand, avec M. Lucien Laniol.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

Nomination.

Notre confrère M. Rasumny a été nommé chirurgien-dentiste des écoles communales d'Enghien-les-Bains.

Exposition dentaire.

Une exposition dentaire internationale aura lieu du 6 au 10 septembre prochain à Londres, dans le Royal Horticultural Hall, Westminster. Elle comprendra toutes les inventions modernes applicables à la dentisterie.

Des démonstrations pratiques y seront faites chaque jour.

Pous tous renseignements s'adresser au secrétaire, M. J. Howell, 95 Larkhill, Blackburn, Angleterre.

Admissions nouvelles dans l'Association générale des Dentistes de France.

MM. Galand Henri, 43, rue Damrémont, Paris.
Cotel Alfred-Hippolyte, 38, rue Jouffroy, Paris.
Sosson Louis-Léon, 144, rue Véron, Alfortville (Seine).
Mathieu Paul, 3, rue de Savoie, Paris.
Lassus Albert-Gustave, 1, rue Vauvenargues, Paris.
Chambrillon Louis, 29, faubourg du Temple, Paris.
Mme Chabenat Jeannine, 3, rue Rodier, Paris.

29e ANNÉE. N° 8 30 AVRIL 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

PROCÉDÉ DE DÉTERMINATION AU DÉBUT DU TRAITEMENT DES DÉPLACEMENTS DENTAIRES A OPÉRER EN ORTHODONTIE

Par CH. GODON,
Directeur de l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 12 janvier 1909.)

Cette année, au Congrès de Bruxelles, j'ai été très intéressé par la communication qui nous a été faite par un de nos confrères, M. Subirana, sur un instrument qu'il appelle le « Téradontographe » dont la description a été publiée le 15 septembre 1908 dans *L'Odontologie*.

Cet instrument, extrêmement ingénieux, permet, d'après son auteur, de placer les dents mobiles de l'appareil dans les mêmes positions que celles d'un modèle donné contenant certaines irrégularités et d'étudier sur ce nouveau modèle les déplacements qu'on peut opérer avant de les essayer dans la bouche. Ceci est intéressant pour le praticien et, dans l'esprit de M. Subirana, cela l'était encore davantage pour les professeurs et pour les élèves.

Les dents, fixées sur des rotules, se déplaçaient assez facilement. L'appareil était cependant assez compliqué et assez coûteux. En exprimant à M. Subirana toute mon admiration pour son appareil si ingénieux, je lui ai dit que j'avais un procédé qui me paraissait beaucoup plus simple

et également plus pratique pour arriver au même but. C'est ce procédé que je veux vous exposer ce soir. Voici en quoi il consiste.

Lorsqu'on vient nous consulter pour un traitement d'orthodontie, nous faisons un premier examen buccal qui nous renseigne en partie sur l'irrégularité et sur le traitement qu'il faudra faire, mais il faut faire des réserves et attendre d'avoir nos modèles d'étude pour nous prononcer définitivement. Nous prenons donc une empreinte et ce n'est que lorsque nous avons les modèles en mains que nous pouvons nous faire une opinion précise sur le diagnostic de l'irrégularité, la classe dans laquelle nous devons la ranger et les indications du traitement.

Cependant on sait combien ces indications du traitement sont difficiles et véritablement compliquées. Je me suis donc demandé si — au moins pour les jeunes débutants et même je crois pour certains d'entre nous, en tous cas pour moi-même, — on ne pourrait pas arriver à déplacer les dents sur le modèle et à essayer sur celles-ci l'emploi des forces avant de commencer le traitement. On pourrait ainsi mieux se rendre compte et éviter les petites difficultés et les mécomptes qui se produisent parfois.

Tous ceux qui ont la pratique des redressements ne sont pas sans avoir eu ces petits ennuis d'exercer une pression sur une dent et de la voir aller dans une direction opposée à celle qu'on aurait voulu lui donner, ou de ne pas la voir bouger. Ceci arrive parce qu'on ne s'est pas rendu suffisamment compte du point où l'on devait appliquer les forces, parce qu'on n'a pas pu évaluer la force nécessaire ou la résistance.

Pour obtenir la mobilisation des dents, il fallait, au lieu de modèles en plâtre, avoir des modèles en substance plastique. J'ai pensé d'abord à la gélatine. Après avoir placé des dents naturelles ou des dents en caoutchouc blanc vulcanisé dans mon empreinte, j'avais coulé de la gélatine. Au bout de très peu de temps les modèles en gélatine durcissaient, se contractaient et n'avaient plus aucun rapport avec celui qui avait servi de modèle.

J'ai abandonné la gélatine. J'ai essayé des modèles en cire dans lesquels je plaçais des dents naturelles ou en caoutchouc vulcanisé ; seulement la cire ayant durci, il fallait la ramollir presque entièrement pour faire mouvoir les dents, et puis les dents naturelles ne représentaient pas exactement la forme, le volume de celles qui avaient servi de modèle.

Ensuite nous avons essayé d'employer les modèles en caoutchouc *(Dummy Jaw)* qui servent pour les appareils fantômes et qui ont des alvéoles dans lesquels on peut mettre des dents naturelles Je vous les recommande pour faire des essais d'appareils fixes, comme ceux d'Angle ou de Case, etc. On évite de la sorte les mécomptes que l'on a souvent au début; ainsi, en essayant de déplacer une dent de dedans en dehors, par exemple, si l'on exerce une traction sur l'arc, on s'aperçoit que l'arc se ferme sur les côtés et que les molaires rentrent, détruisant tout ce qu'on avait obtenu en faisant l'extension de la mâchoire. Mais ces modèles en caoutchouc mou ne répondaient pas au but que je poursuivais, parce que les dents qu'on place dans les alvéoles ne représentent pas les dents qu'il faut déplacer. S'il fallait faire soi-même des modèles en caoutchouc mou et des dents pour chaque cas, cela deviendrait trop compliqué.

J'ai trouvé une autre combinaison qui me paraît bien plus simple et qui est la suivante.

Étant donné un modèle d'irrégularité, on reprend dessus une première empreinte au godiva, puis une seconde. Nous avons ainsi deux empreintes au godiva. Dans l'une de ces empreintes, on coule du spence métal. Le spence métal se coule très facilement dans le godiva. Pour cela, on garnit les bords des couronnes avec cette terre glaise qu'on appelle « *moldine composition* », puis on coule le spence métal de façon à dépasser le bord cervical. On reproduit ainsi une partie de la racine de chaque dent.

On enlève assez facilement le godiva en chauffant. Il faut chauffer avec précaution, car autrement on pourrait faire fondre le spence métal.

Lorsque les deux arcades en spence métal sont reproduites, on fait un trait de scie entre chaque dent.

On m'avait fait une objection à ce propos, on m'avait dit : Si vous faites un trait de scie entre chaque dent, cela fera 16 traits de scie et, si fine que soit votre scie, cela produira quand même une épaisseur qui ne vous donnera plus ensuite une reproduction exacte de la distance de vos dents. Mais je ne fais pas un trait de scie complet, je le fais simplement jusqu'à la moitié de la couronne, et puis je casse. Alors il n'y a pas d'épaisseur du tout. Quelques coups de lime autour de la dent ainsi obtenue donnent une reproduction grossière des racines, de sorte qu'on a assez rapidement, assez simplement la reproduction du modèle. Le mécanicien fait cela très bien : il replace ces seize dents dans l'empreinte au godiva, puis il coule de la cire rose autour de ces dents et prenant un gros morceau de cire à modeler très molle, il le place au-dessus des racines.

Il continue à couler un peu de cire rose et complète avec un peu de plâtre.

On obtient ainsi une empreinte composée des dents en spence métal implantées dans la cire. La reproduction des irrégularités est fidèle, les dents sont dures, elles sont séparées, elles sont sur une surface relativement molle de cire à modeler. Alors on peut les déplacer facilement comme on veut. On a ainsi le modèle. On peut alors se rendre compte de l'état dans lequel seront les arcades après leur régularisation et la quantité dont il faudra déplacer chaque dent pour l'amener à telle position ainsi que des difficultés et des résistances qu'on pourra rencontrer.

Une fois les dents en place, on peut faire un modèle en plâtre et l'on a ainsi, au début du traitement, l'état des arcades dentaires tel qu'on l'obtiendra après le traitement et cela avant d'avoir fait aucune opération dans labouche.

Les modèles que je vous présente sont un peu grossiers ; en procédant avec un peu de soin on peut obtenir de meil-

leurs résultats. Dans tous les cas on se rend bien compte de ce que produira le déplacement des dents.

Cela me paraît intéressant pour les praticiens, cela me paraît surtout intéressant au point de vue de l'enseignement. Vous pouvez montrer ainsi aux élèves qu'on ne peut obtenir une arcade régulière, une articulation normale dans certains cas qu'à la condition de faire de l'extension et leur montrer quelle sera l'étendue de l'extension.

LE CRANE FOSSILE DE LA CHAPELLE-AUX-SAINTS

Par M. Maurice Roy.

Le 3 août 1908, les abbés A. et J. B. Bouyssonie et L. Bardon faisant des fouilles dans une grotte à la Chapelle-aux-Saints dans la Corrèze, ont mis à jour un squelette humain qui présente le plus grand intérêt car il appartient à une très haute antiquité et représente l'un des plus anciens squelettes connus ; en effet, disent les auteurs de la découverte, il résulte « des coupes géologiques relevées, ainsi que de l'examen des ossements d'animaux et des pierres taillées recueillies avec les ossements humains, que ceux-ci remontent au Pleistocène moyen (Moustiérien des archéologues). D'ailleurs, leurs caractères morphologiques et surtout leur état de fossilisation suffiraient, en l'absence de toutes autres indications à leur faire attribuer une très haute antiquité ».

MM. A. et J. Bouyssonie et L. Bardon ont publié les détails de leur découverte dans un article de la revue *l'Anthropologie*[1] et M. Marcellin Boule, professeur au Muséum d'Histoire naturelle, a publié, dans la même revue[2], une première note sur le crâne de cet homme fossile qu'il a présenté à l'Académie des sciences.

Cette tête présente, au point de vue du crâne et des maxillaires, un certain nombre de particularités qu'il nous a paru intéressant de relever pour nos lecteurs dans les deux articles de *l'Anthropologie*.

Nous reproduisons également deux très beaux dessins dus à *l'Illustration* qui nous a autorisé à les reproduire et qui représentent : l'un le crâne de la Chapelle-aux-Saints, l'autre un maxillaire inférieur trouvé à Heidelberg et d'ori-

---

1. A. et J. Bouyssonie et L. Bardon : Découverte d'un squelette humain Moustiérien à la Bouffia de la Chapelle-aux-Saints (Corrèze). *L'Anthropologie* 1908, t. xix, nos 5-6, p. 513.

2. Marcellin Boule : L'homme fossile de la Chapelle-aux-Saints (Corrèze). *L'Anthropologie*, 1908, t. xix, nos 5-6, p. 519.

gine plus ancienne encore que celui-ci. *L'Illustration* a consacré aux crânes préhistoriques deux articles intéressants auxquels nous ferons également quelques emprunts [1].

*
* *

Le squelette de la Chapelle-aux-Saints paraît appartenir à un individu du sexe masculin dont la taille atteignait à peine 1^{m} 60. Cet homme, d'après l'état des sutures crâniennes était un vieillard. Il avait été intentionnellement enseveli dans l'endroit où il a été trouvé ; en effet, « il gisait au fond d'une fosse creusée dans le sol marneux de la grotte ; ce sol de couleur blanche et dur à entamer faisait contraste évident avec la couche archéologique [2] ». D'après les débris divers trouvés autour du squelette, la grotte où il a été trouvé semble non un lieu d'habitation, mais un tombeau où l'on serait venu faire de nombreux repas funéraires.

Le crâne de ce squelette (fig. 1) a pu être presque complètement reconstitué, par M. Marcellin Boule à qui les auteurs de la découverte l'ont remis. « La voûte crânienne est parfaitement conservée ; seul le pariétal gauche offre une lacune. L'occipital, avec son apophyse basilaire et ses condyles, a pu être remis en place ; le trou occipital a été reconstitué. Le corps du sphénoïde et l'ethmoïde manquent. L'arcade zygomatique gauche et les maxillaires supérieurs sont entiers. Les os nasaux n'ont pu être retrouvés, mais les cavités orbitaires sont en bon état.

» Il résulte de cette description que les parties détériorées d'un côté sont intactes de l'autre côté ; toutes les connexions ont pu être rétablies avec fidélité et presque tous les points anatomiques étant faciles à déterminer, la tête de l'Homme fossile de la Chapelle-aux-Saints se prête aux principales opérations craniométriques.

» La mâchoire inférieure est bien conservée ; il n'y manque

1. F. HONORÉ : Les débuts de l'humanité. *L'Illustration*, 1909, n°s 3443, p. 125 et 3445, p. 165.
2. A. ET J. BOUYSSONIE ET L. BARDON : *loc. cit.*, p. 316.

que les extrémités des apophyses coronoïdes et le condyle gauche [1]. »

Le volume de la tête est considérable par rapport à la taille



Fig. 1. — Le crâne de l'homme fossile de la Chapelle-aux-Saints.

de l'individu et a un aspect bestial ou pour mieux dire tout un ensemble de caractères simiens ou pithécoïdes ; le crâne est dolichocéphale, le front fuyant, les arcades sourcillières énormes, très saillantes, les os sont extrêmement épais.

1. Marcellin Boule : *loc. cit.*, p. 520.

La face est longue, le prognathisme facial très considérable, l'angle facial est de 69. Il n'y a pas de prognathisme sous-nasal.

« Le maxillaire supérieur a une forme tout à fait remarquable, au lieu de se creuser, au-dessous des orbites, d'une *fosse canine* comme chez toutes les races humaines actuelles, il se projette en avant, tout d'une venue, pour former, dans le prolongement des os malaires, une sorte de museau sans aucune dépression. D'après Huxley et Sollas, ce caractère, qui donne à la face un aspect pithécoïde, s'observe sur le crâne de Gibraltar.

» La voûte palatine est très longue ; les bords latéraux de l'arcade alvéolaire sont à peu près parallèles, offrant ainsi la disposition hypsiloïde qui est celle des singes anthropoïdes.

» La mâchoire inférieure est remarquable par sa robusticité, la forte épaisseur du corps de l'os, la grande largeur et la forme aplatie du condyle, la faible profondeur de l'échancrure sygmoïde, l'obliquité de sa symphyse, l'absence du menton, etc. Les apophyses géni sont bien développées[1]. »

Les dents sont absentes, sauf la deuxième prémolaire gauche à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure. Mais si les dents sont absentes les alvéoles non résorbés à la partie antérieure des deux maxillaires montrent que cet individu, au moment de sa mort, avait encore des dents ou des racines dans ces régions. D'après les diverses vues du crâne publiées par *l'Anthropologie*, la plupart des grosses molaires supérieures paraissaient devoir exister à l'état de dents ou de racines par contre, à la mâchoire inférieure, cet individu avait perdu ses grosses molaires de chaque côté ainsi que le montre son maxillaire résorbé et aminci au niveau de ces dents, à droite et à gauche.

Le trou mentonnier est situé entre la seconde prémolaire et la première grosse molaire, plus en arrière, par conséquent que sur les crânes actuels.

---

1. Marcellin Boule : *loc. cit.*, p. 523.

Le crâne de la Chapelle-aux-Saints présente, en les exagérant parfois, tous les caractères des crânes des époques préhistoriques voisines qui avaient été trouvés jusqu'alors. Le type humain, dit de Néanderthal, auquel il appartient, se place au-dessous de tous les types actuels et se rapproche des singes anthropoïdes plus que tous les autres groupes humains fossiles. Il se place exactement entre le Pithécanthrope de Java et les races actuelles les plus inférieures (M. Boule).

La découverte de la Chapelle-aux-Saints est des plus importantes car elle recule les origines de l'espèce humaine à une date encore plus éloignée que celle que l'on supposait généralement.

*
* *

La figure 2 reproduit un maxillaire inférieur qui serait d'origine encore plus ancienne que le crâne de la Chapelle-aux-Saints et qui a été trouvé dans les environs d'Heidelberg dans une sablière à 24 mètres de profondeur.



Fig. 2. — Maxillaire inférieur de la Sablière de Mauer (près Heidelberg).

Sur cette mâchoire, qui porte encore toutes ses dents, on retrouve tous les caractères signalés par M. Boule dans le crâne de la Chapelle-aux-Saints, forte épaisseur du corps de

l'os, faible profondeur de l'échancrure sygmoïde, grande obliquité de la symphyse. « Outre l'absence de menton, elle est remarquable par ses formes massives ; la largeur des branches ascendantes atteint six centimètres au lieu de quatre chez les Européens actuels [1] . »

Les dents de cette mâchoire qui paraissent en très bon état seraient intéressantes à examiner en détail, mais nous manquons de renseignements précis à leur sujet ; la seule chose que nous pouvons constater sur les documents en notre possession, c'est le volume croissant des grosses molaires de la première molaire à la troisième, proportion inverse de celle existant chez les races européennes actuelles. Cette disposition se rencontre encore actuellement chez les races inférieures.

Récemment, un archéologue suisse M. Hauser a découvert également dans la vallée de la Vézère un squelette fossile appartenant comme celui de la Chapelle-aux-Saints à l'époque moustiérienne mais dont le crâne, qui a été reconstitué par M. Klaatsch, de Breslau, est beaucoup moins complet.

M. Ludwig Reichards, de Bâle, donne à son sujet ces quelques détails intéressants :

« Le front est fuyant, la mâchoire très saillante paraît d'une puissance extraordinaire ; les yeux presque deux fois plus grands que les nôtres sont protégés par des plis osseux que l'on trouve encore aujourd'hui, moins accentués, chez les nègres australiens [2] . »

---

1. F. Honoré : *loc. cit.*, p. 105.
2. F. Honoré : *loc. cit.*, p. 120.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

NOTE SUR L'ENLÈVEMENT INDOLORE DES PULPES VIVANTES AU MOYEN DE LA NÉOCAINE-SURRÉNINE

Par J. CHOQUET.

Je désire vous soumettre une petite amélioration à la méthode qui nous a été présentée par MM. Quintin et Pitot il y a quelques jours. Cette amélioration est basée sur l'emploi d'un véhicule autre que l'eau distillée pour faire dissoudre l'agent anesthésique.

A cet effet, mettant à profit l'observation que j'avais faite il y a quelques années que l'emploi d'un liquide isotanique seul, sans addition d'anesthésique, donnerait des résultats bien supérieurs à l'injection d'eau distillée qui est très douloureuse dans les cas de périostite, j'ai demandé à deux de mes amis, MM. Corbière et Lindeux, de me faire des ampoules d'un sérum ou plutôt d'un liquide se rapprochant le plus possible de la composition des liquides organiques. C'est ce liquide que j'utilise pour faire dissoudre mes pastilles de néocaïne-surrénine en procédant de la façon suivante : Donnant un trait de lime sur le col de l'ampoule, je sépare ainsi la partie supérieure et il me reste une sorte de petit matras à fond plat que je mets à réchauffer au bain-marie. Une fois la solution chaude, j'y dépose une pastille de néocaïne-surrénine qui se dissout instantanément. Utilisant alors la seringue de Tésée qui permet d'employer des aiguilles excessivement fines, j'enfonce celle-ci un peu obliquement par rapport à l'axe de la dent pour arriver à pénétrer à la portion apicale jusqu'à ce que je me trouve en contact avec le tissu osseux. J'injecte alors 3 ou 4 gouttes et après un laps de temps variant de 2 à 3 minutes pour les incisives, canines et prémolaires supérieures, de 10 à 15 minutes pour les molaires et pour les dents du maxillaire inférieur, j'obtiens une insensibilisation absolument complète me permettant de fraiser les cavités, d'enlever les pulpes sans qu'il existe la moindre trace de souffrance. Il y a là, à mon avis, une méthode merveilleuse à utiliser dans la pratique journalière et je suis convaincu que l'amélioration que je vous signale en employant le sérum isotonique comme véhicule vous donnera toute satisfaction.

Encore un mot, si vous voulez bien m'y autoriser. Un de mes confrères me demandait il y a un instant si je ne fais pas confusion en disant néocaïne-surrénine au lieu de novocaïne-adrénaline. Ce n'est

pas de la novocaïne que je vous soumets car lorsque j'ai voulu m'en procurer de la maison Meister Lucius, telle que celle que nous a présentée M. Quintin, on m'a répondu qu'il était impossible de le faire pénétrer en France. Je me suis alors adressé à MM. Corbière et Lindeux qui se sont spécialisés dans la fourniture des pansements et ils m'ont affirmé qu'ils pouvaient me faire des comprimés de néocaïne-surrénine qui seraient meilleurs ou tout au moins aussi bons que ceux de novocaïne.

Je les ai employés journellement, je les emploierai devant vous et je suis sûr d'avance que vous serez étonnés des résultats obtenus avec un produit bien français, surtout si vous utilisez comme véhicule le sérum isotonique dont je viens de vous parler.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 février 1909.

I. *Deux cas d'ostéite limitée considérée comme accident de la 1re ou de la 2e dentition.* — II. *Sinusite causée par une canine en ectopie.* — III. *Application de la force intermaxillaire dans un cas de prognathisme du maxillaire inférieur.* — IV. *Principes de préparation des cavités pour émaux.*

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le 1er février 1909, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence M. Barrié, président.

Le secrétaire général donne lecture d'une lettre par laquelle *M. Dubois* fait hommage à la Société de son *Manuel théorique et pratique des dents à pivot.*

I. — Deux cas d'ostéite limitée considérée comme accident de la première ou de la deuxième dentition, par M. Péré.

M. Péré donne lecture d'une communication sur ce sujet. Le travail de M. Péré a été publié (V. *Odontologie*, 15 avril 1909, p. 366).

M. le Président félicite et remercie M. Péré de son intéressante communication.

II. — Sinusite causée par une canine en ectopie, par M. Thuillier.

L'observation rapportée par M. Thuillier (de Rouen) a été également publiée (V. *L'Odontologie*, 30 mars 1909, p. 318).

M. G. Lemerle. — Lorsque M. Thuillier m'a fait voir les pièces qui se rapportent à cette opération et à ce malade, je lui ai fait la remarque qu'il s'agissait probablement d'une pseudo-sinusite. Je lui ai dit cela parce qu'il m'avait rapporté ce fait que lorsqu'il avait opéré ce malade et lui avait fait des lavages par sa fistule, jamais l'eau qu'il avait injectée n'était ressortie par le nez. J'avais fait remarquer à M. Thuillier qu'en pareil cas il ne s'agissait probablement que de ce que M. Frey appelle un faux abcès du sinus, de ce que M. Mahu appelle parulie du sinus.

Mais il y a un autre fait très intéressant que je relève dans la communication qui vient de nous être faite, c'est que la dent indemne de toute carie, que M. Thuillier a enlevée, présente des lésions de cémentite raréfiante au niveau de son apex. Il semble donc que cette dent a été atteinte de nécrose pulpaire et secondairement qu'au niveau du rudiment d'articulation, qui devait exister au niveau de cet apex, ont eu

lieu des lésions d'arthrite qui ont laissé des traces sur la pièce qui nous est soumise.

Ce serait une preuve de plus que cette dent a évolué complètement en dehors du sinus et que le pus qui s'est formé à son niveau s'est collecté entre la paroi osseuse de la muqueuse, et qu'il ne s'agit pas de sinusite. Il s'en agit d'autant moins que si c'était une sinusite vraie datant de quatre ans, il y aurait eu formation de fongosités au niveau de la muqueuse et la guérison n'aurait pas eu lieu en deux jours à la suite de l'extraction, ainsi que le rapporte M. Thuillier.

Je crois donc qu'il s'agit là, non pas d'une sinusite proprement dite, mais d'une collection suppurée collectée entre la muqueuse du sinus et la paroi osseuse, c'est-à-dire d'un faux empyème du sinus (Frey) d'une parulie sinusale (Mahu) ou, en d'autres termes, d'une pseudo-sinusite suppurée.

M. le Président, se faisant l'interprète des sentiments de la Société d'Odontologie, remercie M. Thuillier d'être venu de Rouen présenter son intéressante communication.

III. — Application de la force intermaxillaire dans un cas de prognathisme du maxillaire inférieur, par M. A. Jouard.

M. A. Jouard présente les modèles se rapportant au cas dont il donne la relation. Ce travail sera publié très prochainement.

Discussion.

M. Godon. — Je tiens à féliciter M. Jouard de l'excellent résultat qu'il a obtenu par l'emploi de la force intermaxillaire. Nous voyons enfin, après avoir préconisé depuis deux ans ce procédé pour le redressement des irrégularités, qu'il entre dans la pratique de l'enseignement de l'Ecole. Nous en sommes très heureux.

Voilà un cas qui a donné, dans un temps relativement court, un très bon résultat.

M. Jouard a très heureusement appelé l'attention sur la nécessité de suivre attentivement la marche de ces redressements. Les appareils à poste fixe, surtout dans le cas de l'emploi de la force intermaxillaire, ont en effet besoin d'être vus fréquemment, les forces agissant d'une manière continue ; il peut se produire dans leur fonctionnement une chose imprévue, une déviation, par suite de l'action d'une force mal combinée, et l'on a ainsi parfois des mécomptes.

Dans de pareils cas, on est tout étonné au bout d'un temps très court de voir revenir le malade avec des dents déplacées dans une direction tout à fait contraire à celle espérée.

Nous avons eu, en ce qui nous concerne, quelques petits incidents de ce genre depuis que nous employons les appareils à poste fixe, particulièrement dans la période des vacances ; si le malade part

avec un appareil, et que vous ne le revoyez qu'un mois après, il se produit quelquefois un déplacement des dents différent de celui qu'on voulait. Ces appareils sont extrêmement pratiques, mais ils sont aussi très dangereux, s'ils sont entre des mains négligentes ou inexpérimentées.

Je me proposais de vous citer quelques-uns de ces incidents, pour appeler l'attention de nos confrères sur ces cas, et montrer la nécessité d'une surveillance constante ; alors qu'avec des appareils mobiles à plaques on peut laisser le malade venir tous les huit jours et, quelquefois même, moins souvent, avec des appareils à poste fixe il vaudrait mieux le voir tous les jours ou tous les deux jours, afin de les suivre attentivement, de modifier les forces comme il convient et de voir les résultats qu'elles donnent.

Malheureusement, à la clinique de l'Ecole, les visites des patients ne sont pas toujours très régulières, ces applications ne peuvent pas toujours être surveillées d'une façon suffisante. Quelquefois il arrive ainsi qu'on va à l'encontre du but, par suite de cette non-observation des règles que devrait suivre le malade. On est obligé de bien expliquer aux patients comment ils doivent surveiller leur appareil, mais ils n'en tiennent pas toujours compte.

Ainsi pour le cas qui nous a été cité par M. Jouard, le malade avait rompu toutes les ligatures d'un côté, il n'a pas eu l'idée d'enlever l'autre élastique de traction, ce qui fait que la force n'agissant que d'un seul côté, des incisives se sont trouvées en protrusion de trois millimètres.

Quant aux résultats et aux indications dont M. Jouard nous a parlé, cela montre qu'il a fait un emploi répété de ces appareils et qu'il en a une bonne expérience, puisqu'il a même l'expérience des incidents que peut quelquefois provoquer leur emploi.

Je suis heureux de souligner que le cas qui nous est présenté est un cas de la clinique d'orthodontie de l'Ecole, cela fait voir qu'on enseigne aux élèves de l'Ecole ces procédés de redressement.

M. de Névrezé.— Je n'envisagerai pas la façon dont le traitement de ce cas a été conduit ; je n'aurai en vue que le diagnostic, et la façon de l'énoncer.

M. Jouard a employé pour définir son cas au point de vue sagittal, car c'est le mot dont je me servirai pour déterminer les malpositions antéro-postérieures, le mot de *propulsion mandibulaire*. Ce mot est assez difficile à admettre dans les cas où nous ne savons pas exactement s'il y avait contact avec la cavité glénoïde en arrière, ou s'il n'y avait pas contact, de sorte que je tiens à demander à M. Jouard sur quels symptômes il fonde cette distension du ligament antérieur de l'articulation temporo-maxillaire.

M. Jouard.— Aucun des moyens employés par moi pour faire articuler normalement n'a pu réussir, j'ai toujours rencontré de la résistance, une résistance à tous les mouvements que j'ai pu opérer pour obtenir une articulation normale, c'est-à-dire à faire reculer le maxillaire le plus possible.

M. de Névrezé.— C'est précisément là qu'est le nœud de toute la question, dans toutes les discussions qui ont lieu dans les différentes Sociétés pour faire le diagnostic précis des rétropulsions mandibulaires. J'ai même écrit un article, sur la différence qu'il est nécessaire d'établir entre la rétroposition et les rétropulsions. On m'a dit : examinez un crâne sec, articulez les dents de la mandibule normalement avec les dents supérieures et essayez de passer une feuille de papier entre le condyle maxillaire et la paroi antérieure de l'oreille externe. Vous ne pourrez pas le faire. Donc les rétropulsions mandibulaires sont impossibles.

Si vous essayez de faire la rétropulsion de la mandibule en malposition pour tâcher de l'articuler convenablement, vous essayez de faire une chose qui est impossible. Par conséquent il n'y avait pas distension du ligament antérieur. Il n'y avait pas, simplement, conctact normal du condyle maxillaire avec la cavité glénoïde.

M. Jouard.— Je ne sais si j'ai produit la rétropulsion mandibulaire. Je constate simplement que le maxillaire inférieur s'articule normalement avec le supérieur.

Y a-t-il eu courbure du col du condyle ? ou rétrusion des dents inférieures, je ne sais. J'ai constaté le résultat, mais au point de vue physiologe pathologique, je ne puis savoir exactement ce qui s'est passé.

M. de Névrezé.— Dans votre diagnostic vous avez dit : il y a propulsion mandibulaire. Votre condyle maxillaire était à sa place. Dans votre traitement il est certain que vous n'avez pas obtenu la rétropulsion mandibulaire.

Vous avez fait la mobilisation des dents d'avant en arrière, parce que votre sujet avait 16 ans, mais si vous examinez la littérature des faits de protrusion mandibulaire, vous verrez qu'à une époque où les forces intermaxillaires étaient inconnues on se servait de l'ancrage occipital et d'une mentonnière temporo-maxillaire et on obtenait la rétropulsion mandibulaire de toutes pièces. Les observations de ces faits sont publiées dans le dernier livre de Johnson, publié par un éditeur de Philadelphie (1908). Cette question est très importante au point de vue expérimental. Si on recherche la raison anatomique de cela, on voit que chez un enfant de 6 à 7 ans — et j'ai fait des expériences à ce sujet — la cavité glénoïde n'existe pas à l'état de cavité. C'est un plan horizontal dont la limite antérieure n'est pas encore existante, dont la limite postérieure est encore très floue.

Je me suis entretenu de cette question avec M. Choquet qui m'a

montré des pièces justificatives. Si les rétropulsions à l'âge de 35 ans ne sont pas possibles, à l'âge de 6 ou 7 ans il est possible de faire une rétropulsion. Elle est même possible spontanément sous l'influence de l'occlusion (réduction du diamètre frontal supérieur).

Au point de vue de la définition de ce cas, je crois qu'il est admis par la plupart des auteurs que le mot prognathisme doit être réservé aux malpositions des mandibules dans lesquelles il y a exagération ou prolifération osseuse.

Ces proliférations, ces exagérations sont justifiables de la chirurgie et on a publié des cas d'excisions osseuses dont les résultats ont été parfaits. Je préférerais voir donner à ces différentes malpositions par anomalies du procès alvéolaire lui-même le mot de protrusion, réservant le mot de prognathisme aux exagérations du corps de la mandibule. Au point de vue des lésions du maxillaire supérieur, je dois dire que j'ai constaté un maxillaire supérieur asymétrique, comme d'ailleurs M. Jouard nous l'a dit. On peut dire qu'il y a, pour ainsi dire, hémiatrophie si bien qu'on pourrait exprimer cet élément du diagnostic sous le nom de : réduction du diamètre frontal par hémiatrophie du côté gauche.

Un autre point sur lequel je voudrais appeler l'attention c'est la façon de définir une malposition sagittale.

M. Jouard nous a présenté aujourd'hui ce qu'il appelle prognathisme inférieur. Je voudrais bien établir tous les rapports, non seulement du maxillaire en cause vis-à-vis du profil facial, mais je voudrais encore que dans toutes les malpositions sagittales on énonce toujours le rapport qui existe entre le maxillaire en question et le maxillaire opposé, car cette lésion que M. Jouard nous présente peut, à l'examen du modèle seul, passer pour deux malpositions sagittales différentes.

1° Soit pour une $\frac{\text{rétrusion supérieure}}{\text{mandibule normale}}$ avec

2° Soit pour un $\frac{\text{maxillaire supérieur}}{\text{protrusion mandibulaire}}$ avec

Le profil facial seul peut contrôler le diagnostic que l'examen des rapports d'occlusion $\frac{\text{disto}}{\text{mésiaux}}$ est impuissant à confirmer.

En conclusion, je dirai que, dans l'examen d'un cas quelconque, il faut examiner :

1° Le sens vertical (sens de la verticale, c'est-à-dire de la hauteur de l'occlusion) ;

2° Le sens frontal (sens parallèle au front, c'est-à-dire transversal);

3° Le sens sagittal (sens antéro-postérieur).

Je n'ai nullement voulu critiquer le très intéressant travail de M. Jouard, mais seulement développer une théorie qui m'est chère.

M. Jouard. — Parmi toutes les classifications nouvelles, je n'en ai pas encore adopté une. Par conséquent j'ai fait le diagnostic, j'ai défini le cas comme j'ai crû que ce serait le plus compréhensible pour l'auditoire.

Je n'ai pas encore adopté de classification bien définie attendu qu'elles sont encore toutes à l'étude.

M. G. Villain. — Je tiens aussi à féliciter M. Jouard, qui nous montre un très beau cas, il a parfaitement réussi comme traitement de malocclusion. Je regrette qu'il ne nous apporte pas la photographie du profil de ce malade. Il est absolument impossible, par la vue seule des modèles, de dire s'il y a ou non prognathisme inférieur, j'aurais tendance à croire que s'il y avait prognathisme, il y avait aussi rétrusion unilatérale de l'arcade supérieure, et cela, M. Jouard l'a pensé puisqu'il a agi sur le côté gauche du maxillaire et peu ou même pas du tout sur le côté droit.

M. Jouard. — La photographie ne nous serait d'aucune utilité, car au point de vue facial le changement n'est pas grand. Il y a effectivement en outre de la propulsion mandibulaire, prognathisme osseux qui ne peut pas disparaître par les moyens orthopédiques.

M. Georges Villain. — Vous n'avez agi qu'avec un seul élastique sur le côté droit ; à mon avis il en aurait fallu deux ou trois pour atteindre à droite le résultat que vous avez obtenu à gauche.

M. Jouard. — J'ai employé un seul élastique, mais quand je dis un élastique j'exprime un rapport : un pour trois ou si vous voulez deux pour six. Vous dites qu'un seul élastique ne donnera pas de résultat. Mais si j'augmente la grosseur des élastiques tout en diminuant leur longueur, je renforce leur action.

J'ajoute que j'ai employé les élastiques rouges de Ash, concurrement avec ceux d'Angle.

M. Georges Villain. — Vous avez corrigé le côté gauche seulement. Vous ne pouvez pas chercher chez un sujet de 16 ans à corriger un prognathisme. Le prognathisme inférieur se corrige quelquefois chez des sujets extrêmement jeunes, encore faut-il, dans la correction de cette anomalie, nous baser sur notre jugement artistique, le prognathisme d'un maxillaire, étant, dans nombreux cas, un caractère de physionomie plus qu'une anomalie.

M. Jouard. — J'ai amélioré l'occlusion, mais au point de vue facial je n'ai pas amélioré beaucoup, étant donné que j'étais en présence d'un prognathisme osseux qui ne pourrait être corrigé que par une intervention chirurgicale.

M. Georges Villain. — Véritablement, pour diagnostiquer, il faudrait nous présenter la photographie avant et après. Je répète cependant que votre intervention au point de vue de l'occlusion a donné un parfait résultat ce dont je vous félicite hautement.

M. Francis Jean. — Je tiens à constater une chose, c'est que, quels que soient les termes qu'a pu employer M. Jouard pour arriver au résultat qu'il nous présente, qu'il ait adopté la classification de Magitot ou toutes celles qui se sont créées depuis, jusqu'à celle de M. de Névrezé, qu'il ait adopté, dis-je, n'importe laquelle de ces classifications, le résultat obtenu ne peut être meilleur et j'estime qu'il a mené son redressement dans des conditions parfaites.

Je lui demanderai seulement une chose : est-ce qu'il est partisan d'employer toujours les bagues à écrou. Pour mon compte, je les ai abandonnées depuis longtemps pour les bagues ajustées sur place et soudées.

M. Jouard. — Quand deux bagues sont réunies par une barre, il est entendu qu'elles n'ont pas d'écrou et qu'elles sont scellées au ciment. Si la bague à écrou est bien adaptée il n'est pas nécessaire de la sceller, il n'y a aucune infiltration.

M. Francis Jean. — Ce n'est pas mon avis, et c'est alors un reproche que je vous ferai, car, si bien ajustée que soit une bague à écrou, si elle n'est pas scellée par du ciment, la salive passera entre la bague et la dent, en entraînant des déchets alimentaires qui seront capables de détériorer l'émail de ces couronnes, si l'appareil reste en place trop longtemps.

M. Jouard. — L'adaptation de la bague demande beaucoup de soins.

M. Francis Jean. — Un gros reproche que je fais aux écrous, c'est que leur filetage est tellement fin qu'on arrive vite à rendre fou l'écrou qui ne serre plus. C'est un détail que j'ai observé. Je fais, pour ma part, pas mal de redressements avec appareils à poste fixe et j'ai depuis longtemps abandonné les systèmes à vis.

M. Jouard. — J'ai remédié à ce défaut dans le filetage en employant des écrous plus larges.

M. Henri Villain. — A propos des bagues, dont parle M. Francis Jean, j'ajouterai un mot, j'emploie toujours les bagues et les arcs de Angle, et jamais je n'ai d'incidents. J'ai essayé dernièrement des bagues allemandes, les résultats ont été bien différents, les écrous sont mal taraudés et lâchent souvent, ou bien la bague, sous l'effort de l'arc, se brise au milieu du redressement.

Quant à ne pas sceller les bagues au ciment, je ne suis pas du tout de l'avis de M. Jouard. Des infiltrations pouvant se faire aisément, je suis persuadé, car j'en ai vu des exemples, que l'on favorise beaucoup la carie des dents qui supportent ces bagues.

Je demanderai à M. Jouard pourquoi il a agi sur les dents de 12 ans, étant donné que les dents de 6 ans étaient absentes ; ne lui aurait-il pas été possible de les laisser à leur place ? Ce recul des autres dents serait peut-être venu combler le vide fait par le manque de la première grosse molaire.

M. Jouard. — Je craignais de chasser les prémolaires. Pour obtenir

l'occlusion parfaite, il faut obtenir la rétrusion des dents de 12 ans inférieures et par conséquent il faut ménager l'espace nécessaire pour mettre les dents de 6 ans inférieures.

M. Henri Villain. — Vous avez commencé à agir avec vos caoutchoucs sur les dents de 12 ans?

M. Jouard. — Non, sur toutes les dents.

M. Henri Villain. — Avez-vous placé des appareils de maintien ?

M. Jouard. — Non, je n'ai pas placé d'appareil de maintien ; après résultat obtenu, j'ai laissé l'appareil pendant un mois encore.

M. Henri Villain. — Lorsque je vous ai présenté un cas de prognathisme inférieur, corrigé également par la force intermaxillaire il y a quelques mois, je n'avais pas placé d'appareil de maintien, je pensais que l'engrènement parfait des dents suffirait. Or j'ai eu le regret au bout de deux mois de voir les dents du malade avoir tendance à revenir à leur place primitive. Je posais de suite de nouveaux appareils et, à l'heure actuelle, mon patient a encore des appareils de maintien avec un caoutchouc de chaque côté.

C'est un jeune homme de 16 ans, très fort, en pleine période de croissance, je lui avais bien recommandé de garder le plus souvent possible la bouche fermée et ses dents très serrées, mais malgré cela elles semblent tout le temps vouloir revenir. Je crains que pareille chose n'arrive à votre patient.

M. Jouard. — Je n'ai voulu ce soir que présenter un cas montrant le résultat que l'on peut obtenir en utilisant la force intermaxillaire. Je n'en compte pas moins continuer à le surveiller par la suite.

M. Francis Jean. — J'insiste sur les grands inconvénients qu'il y a à ne pas sceller les bagues, même celles à écrous. J'ai pu les constater il y a près de trois semaines à la clinique. Voici comment cela se passe. Vous ajustez une bague le mieux possible, vous serrez à bloc, vous appliquez les contours de la bague avec un brunissoir.

M. Jouard.— On la place en plusieurs séances, en ayant soin de ne pas la serrer à bloc dès la première.

M. Francis Jean. — Admettons. Vous la serrez convenablement. Quand votre appareil a été mis en action, cette bague éprouve une certaine fatigue, elle se distend, elle arrive à jouer, à tel point que, dans le cas que je vous signale, la bague s'était enfoncée au delà du collet, dans des proportions vraiment graves. Il est certain que c'était un redressement qui était mal surveillé. Le sujet a pu ne pas venir exactement aux rendez-vous donnés, c'est certain, même. Je vous signale cet accident pour vous dire que si on avait fixé la bague au ciment, un tel fait ne se serait pas produit. J'aime mieux qu'une bague saute que de m'exposer à la voir s'enfoncer de cette façon-là.

M. Jouard.— Si on a soin de rabattre le métal dans les sillons distal et labial, on empêche l'enfoncement. Si, à chaque visite, on con-

trôle minutieusement l'adaptation de la bague et le serrage des écrous un tel incident ne peut survenir.

M. le président. — Je joins mes félicitations à celles qui viennent d'être adressées à M. Jouard ; dans le cas qu'il nous a présenté le traitement a été conduit d'une façon extrêmement rationnelle et qui lui fait le plus grand honneur.

IV. — Principes de préparation des cavités pour émaux, par M. Machtou.

Après avoir dit les excellents résultats obtenus avec le four électrique de M. Barrié, et que celui-ci a déjà présenté à la Société d'Odontologie, M. Machtou expose ses idées sur la préparation des cavités pour émaux. Dans cette communication qui sera publiée, M. Matchou dit les bons effets qu'il retire de la préparation en formes géométriques angulaires du fond et des bords de la cavité.

Discussion.

M. Lucien Lemerle. — Il me semble que cette préparation géométrique des cavités ne peut s'appliquer qu'à des dents très délabrées, pour lesquelles, par conséquent, une dent à pivot serait mieux indiquée.

M. Touchard. — Les parties saillantes de l'émail doivent nuire à l'esthétique, qui joue cependant un grand rôle dans ce genre d'obturation.

M. Francis Jean.— Pour mon compte, je trouve qu'on doit défendre le tissu dentaire le plus possible. Si on peut faire supporter un inlay à une dent pendant quelques années, c'est toujours préférable, il sera toujours temps d'arriver à la dent à pivot ensuite. Je suis un conservateur à outrance. Mais à propos de ces cavités, je ne vois pas la nécessité de cette préparation. Lorsqu'on a affaire à une dent dans un tel état, on peut préparer un ancrage très suffisant, sans pivot accessoire.

J'aurais plus de confiance dans le véritable ancrage interne que dans la préparation que préconise M. Matchou et au point de vue de l'esthétique, je suis de l'avis de M. Touchard. Quant à la prise d'empreinte, elle est rendue plus difficile par cette préparation, il ne faut pas perdre de vue que nos feuilles métalliques se crèvent facilement.

M. Henri Villain. — Avec la porcelaine, l'esthétique est encore à peu près respectée, au contraire avec l'or, il ne l'est plus du tout, faut-il au moins ne pas choquer l'œil par des lignes droites et des angles, il me semble que la ligne courbe est toujours plus agréable à la vue. Aussi est-il facile de faire la rétention aux dépens de la table interne des dents, c'est-à-dire dans l'ivoire et de terminer sa cavité sur la face buccale au dépens de la table externe, c'est-à-dire l'émail par une courbe régulière.

M. Francis Jean. — L'ancrage des inlays céramiques n'est pas du

tout le même que celui des inlays métalliques. L'ancrage des inlays céramiques doit être pris à l'intérieur des cavités, autant que possible tandis que l'ancrage de l'inlay métallique peut être au contraire pris à l'orifice des cavités, il n'est pas du tout le même. M. Matchou semblait dire tout à l'heure que c'était la même chose.

M. Georges Villain. — Je suis partisan des formations de cavités à angles, toutefois j'ai toujours eu la précaution de faire l'angle dans la cavité. Vous ne nous parlez que des angles sur la table externe de la cavité. Sur la face linguale vous faites un seul angle plus grand que ceux de la face vestibulaire.

J'estime que pour un inlay de porcelaine, alors que nous avons affaire à une matière friable de tendance à prendre une forme sphérique il faut éviter ces angles trop nets. Jamais nous n'avons avec la porcelaine à haute fusion des angles très nets. Si vous voulez en faire l'expérience, vous pliez une feuille métallique en deux, vous verrez que vous n'aurez jamais d'angle parfait, vous aurez toujours un bord arrondi.

Je reprends la préparation de la cavité pour laquelle vous avez parlé des forces. Nous avons à considérer la force exercée par le malade lorsqu'il fait un mouvement d'incision. Dans ce mouvement il ne déplace pas seulement son maxillaire inférieur d'avant en arrière, il le déplace également dans un mouvement de latéralité, mouvement que vous n'avez pas signalé, et qui exerce une force que vous n'indiquez pas.

Il y a là cependant une force suffisante pour desceller votre bloc. Je me rappelle une préparation que nous avait montré M. Hayes, au Dental American Club. Il s'agissait d'une préparation pour obturation avec inlay d'or. La cavité était préparée à angle, mais le plan horizontal était incliné vers la portion cervicale de la dent. La force venant s'exercer sur ce plan risquerait beaucoup moins de déloger l'inlay.

J'avais l'habitude de préparer mes inlays en faisant, non seulement des plans à angles légèrement arrondis, mais une queue-d'aronde sur la face linguale pour lutter contre la force latérale. J'ai vu le bord friable de la matière se fracturer et l'inlay céder, mais il n'était pas chassé en dehors de la cavité tandis qu'avec la préparation que j'ai faite depuis, je n'ai pas vu d'inlay se déloger, et j'ai grande confiance dans ce plan spécial incliné vers le bord cervical de la dent qui offre une résistance au mouvement latéral d'incision et nous permet de supprimer la queue-d'aronde, tout en nous laissant arrondir les angles de la cavité sur la face vestibulaire ce qui est important au point de vue esthétique.

M. Machtou. — Je n'ai voulu vous donner qu'un principe de préparation. Tous les cas ne sont pas forcément ramenés à celui que je vous indiquais ; quand il est possible d'épargner la face vestibulaire

de l'incisive, je donne à la face palatine et au fond de la dent une forme selon le principe que j'indique.

Pour ce qui est de la rétention en queue-d'aronde, je le crois impraticable à cause de la sortie de la matrice.

Quant à la question esthétique, est-il réel qu'une ligne droite est plus déplaisante qu'une ligne courbe.

M. Godon. — Les inlays de porcelaine sont une des conquêtes récentes de la dentisterie. Nos patients et nous-mêmes avons été heureux de les voir entrer dans la pratique. Malheureusement cela a un gros inconvénient : *ils ne tiennent pas toujours*, lorsqu'ils sont insuffisamment préparés.

Il est évident qu'il y a à examiner de près cette question de préparation des cavités, les procédés qui peuvent nous permettre d'arriver à faire tenir l'inlay de porcelaine d'une manière suffisante. La préparation des cavités est une question extrêmement intéressante. Elle s'applique aussi bien à l'inlay d'or qu'à l'inlay de porcelaine. C'est une des choses qu'on doit apprendre à nos élèves au début, que nous leur apprenons dans les cours de première année, lorsqu'ils travaillent sur les fantômes. Ils doivent savoir préparer d'une manière satisfaisante les cavités d'après les principes indiqués pour la préparation des cavités types. J'ai été heureux de voir vous présenter ce soir un type de préparation de cavité. Nous devons nous préparer à étudier une série de types. Nous avons déjà, dans l'enseignement de la première année, adopté une série de onze cavités types qui peuvent servir pour la préparation des émaux. Les aurifications demandent également leurs préparations types ; il y a place, au point de vue pédagogique, pour des communications intéressantes sur ce sujet, sur lesquelles je serais heureux de voir la Société d'Odontologie discuter et revenir à l'occasion.

M. le président. — On pourrait reporter à la prochaine séance cette étude de la préparation des cavités.

M. Francis Jean. — M. Godon a dit que quelquefois les inlays ne tiennent pas ; c'est exact, mais il y a aussi des aurifications ou tout autre genre d'obturation qui ne tiennent pas. Lorsque les inlays ne tiennent pas, cela provient de ce qu'on n'a pas pris toutes les précautions voulues, ainsi que pour tout autre genre d'obturation.

Après quelques observations échangées entre plusieurs membres de la Société, M. Machtou demande de ne pas faire la deuxième communication pour laquelle il était porté à l'ordre du jour.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire général,
HENRI DREYFUS.

HYGIÈNE

ENCORE L'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE[1]

Par M. JEAN MONOD,
Médecin-major de 2e classe,
Chef du service de Stomatologie à l'hôpital militaire d'Instruction du Val-de-Grâce.

Monsieur le Directeur de *L'Odontologie*,

J'ai lu, avec un vif intérêt, l'Etude complémentaire sur l'organisation des services dentaires dans l'armée » publiée dans deux récents numéros de votre journal, par M. le médecin-major de 1re classe Prost-Maréchal. J'y suis fréquemment nommé, approuvé quelquefois, souvent discuté, parfois critiqué.

C'est à ces quelques critiques que je voudrais faire une brève réponse, tout en y ajoutant les observations que m'a suggérées la lecture de l'intéressant travail en question.

Sur les considérations générales, je n'ai rien à dire, et je remarque avec plaisir que la conception de M. Prost-Maréchal et la mienne sont bien proches parentes, et qu'au moins dans leurs grandes lignes, elles se ressemblent beaucoup, pour ne différer en somme que dans des détails d'organisation proprement dite.

S'il est d'accord avec moi quant aux petits *services de garnison*, mon contradicteur n'admet pas (au moins sous ce nom) la création que j'ai proposée de *services régionaux* très complets avec médecin militaire spécialisé et laboratoire de prothèse, mais pour la combattre il ne cite qu'une partie du rôle que j'attribue à de semblables services :

» Sur ce centre, dit-il, on évacuerait les malades du corps d'armée demandant des soins compliqués, et ne pouvant être soignés dans les services de garnison. Tout d'abord cette catégorie de malade existe-t-elle ? Il sera difficile de le faire admettre. Je ne crois pas que cette conception soit acceptable ; il suffit pour s'en convaincre de considérer les conséquences immédiates, les frais de voyage et d'hospitalisation, la perte de temps pour l'instruction des hommes, le danger de la désorganisation de certains services par l'éloignement intempestif d'un ou deux agents, pour un motif mal accepté par l'autorité militaire. »

Ce n'est là, dis-je, qu'une partie, et la plus faible du rôle que j'assigne aux services régionaux :

« Ces services régionaux, ai-je écrit, dirigés par un médecin-militaire spécialiste, devraient *assurer les soins de la bouche aux hommes*

1. A propos de « l'Etude complémentaire sur l'organisation des services dentaires dans l'armée, de M. Prost-Maréchal ». *Odontologie*, 28 février et 15 mars 1909.

de la garnison, recevoir et traiter les malades du corps d'armée demandant des soins compliqués, et ne pouvant être soignés dans les services de garnison, *enfin exécuter la prothèse de tout le corps d'armée.* »

Sans doute, en ne considérant que ce que je n'ai pas souligné, et que seul a retenu M. Prost-Maréchal, le rôle d'un pareil service serait bien maigre. Il n'a jamais en effet été dans mon idée, en parlant de « soins compliqués », de viser par exemple les complications banales de la carie ou les extractions un peu difficiles, et de préconiser dans ces cas un va-et-vient perpétuel des patients entre le chef-lieu du corps d'armée et leurs garnisons respectives[1] : outre que cette conception serait puérile, elle présenterait tous les inconvénients énumérés par M. Prost-Maréchal.

Mais, pour rares qu'ils soient, certains cas légitimeraient l'évacuation du *service régional*, et la catégorie existe des lésions qui bénéficieraient du recours au thérapeute spécial : telles sont les complications graves et exceptionnelles de la carie dentaire, ou de l'évolution de la dent de sagesse ; les nécroses étendues, syphilitiques ou autres ; les fractures des deux maxillaires ; les lésions du palais, etc. ; toutes affections que l'on observera trop rarement pour que les divers services en soient désorganisés, et dont le traitement méritera bien la faible dépense des frais de voyage et d'hospitalisation, les distances n'étant pas ordinairement très grandes dans l'intérieur d'une même région de corps d'armée. D'autant qu'il sera facile de prendre des mesures spéciales : la mise en subsistance, le changement de corps, permettraient en cas d'affection non aiguë exigeant un traitement prolongé du malade au *service régional*, mais ne nécessitant pas son hospitalisation, de lui mettre la bouche en état, de lui appliquer une prothèse, etc. sans interrompre son instruction militaire.

Cette catégorie d'Évacués, pour réelle qu'elle soit, ne sera, je le répète, qu'exceptionnelle, et les traitements qu'elle comporte ne constitueront qu'une très faible part de la besogne du *service régional*. A côté d'elle, il y a encore, et je l'ai dit, à assurer les soins de la bouche aux hommes de la garnison ; or comme les *services régionaux* existeraient ordinairement dans les chefs-lieux de corps d'armée, siège d'agglomérations importantes de troupes, ils auraient là une source permanente de grande activité. Ils devraient en outre, d'après moi, exécuter la prothèse pour toute la région militaire, en supposant habituelle, et non exceptionnelle la concession d'appareils aux soldats[2].

N'y a-t-il pas dans ce triple rôle : traitement des malades graves

---

1. La meilleure preuve en est que c'est sur ma demande qu'ont été donnés les ordres mentionnés par M. Prost-Maréchal relatifs aux hommes qui trouvaient un prétexte à promenade dans la consultation dentaire du Val-de-Grâce.

2. Suivant les principes que j'ai énoncés dans un travail qui paraîtra prochainement dans *L'Odontologie*.

évacués des garnisons du corps d'armée, traitement des nombreux militaires de la ville siège du service, exécution de la prothèse de toute la région militaire, de quoi assurer une grande activité aux services régionaux et de quoi légitimer leur création ?

Sur la question du *personnel* des services dentaires (du moins du personnel dirigeant[1]) M. Prost-Maréchal a une conception toute différente de la mienne. Alors que je voudrais voir à la tête des *services régionaux* qui précèdent des médecins militaires spécialisés, mon contradicteur n'admet pas cette création ; il pense que la circulaire du 10 octobre 1908, en prévoyant une organisation plus complète, « lorsque l'enseignement donné au Val-de-Grâce aura formé un certain nombre de *spécialistes* », veut désigner par ce terme tous les jeunes médecins de l'armée, à partir du moment où le service de stomatologie a été créé audit hôpital d'instruction.

S'il en était ainsi, le terme serait au moins impropre ; car sur plusieurs spécialités : bactériologie, médecine légale militaire, hygiène, etc., les médecins stagiaires reçoivent les notions élémentaires qu'il faut avoir au début de la carrière ; ils sortent donc du Val-de-Grâce *spécialistes* en tout, si l'on interprète ainsi cette phrase de la circulaire du 10 octobre.

J'ajoute que les élèves ne font malheureusement pas un stage de quinze matinées, mais seulement de 10 jours à la clinique de stomatologie, ce qui réduit à huit matinées le temps passé dans ce service. Tout au plus peuvent-ils, dans une période si courte, prendre des notions très générales et quelques idées directrices ; mais il y aurait après cela plus qu'inexactitude de terme à les appeler *spécialistes.*

Quoi qu'il en soit, M. Prost-Maréchal ne croit pas opportune la création de « spécialistes en stomatologie parmi les médecins militaires » ; entre autres raisons contre, il invoquait dans un précédent travail la tentation que pourraient avoir « nos jeunes camarades de l'armée » de donner leur démission et de s'installer pour exercer la spécialité lorsqu'ils l'auraient étudiée.

J'ai combattu cet argument, je crois en effet que si l'on admet un pareil principe, il faut, pour rester logique, refuser aux médecins, pharmaciens ou vétérinaires militaires le diplôme d'Etat qui leur confère, s'ils quittent l'armée, les mêmes droits qu'à leurs confrères civils. Je pense de plus que les satisfactions que donne l'étude approfondie de notre spécialité dans le milieu militaire si riche et si particulier au point de vue clinique seraient plutôt de nature à retenir ceux que leurs débuts dans la médecine d'armée auraient désillusionnés.

---

1. Quant au personnel subalterne, ma conception diffère aussi : Je ne crois pas opportune la création de maîtres mécaniciens dentistes ; je pense qu'elle ne nous assurerait qu'un personnel médiocre, d'ouvriers, de second ordre, au rabais si l'on peut dire.

Mon contradicteur (commme moi d'ailleurs) tient à son opinion, et pour la défendre il use d'un argument personnel : « M. Monod, dit-il, est trop jeune pour avoir vu l'époque où les médecins militaires démissionnaient en grand nombre dans notre corps, l'exercice de la médecine générale était alors moins encombré qu'aujourd'hui... » M. Prost-Maréchal possède en effet une grande avance sur moi, sinon dans notre spécialité, du moins par l'âge et la situation militaire, je suis loin de le méconnaître.

L'argument est pourtant bien fragile : mon âge, l'expérience personnelle que je puis avoir sur les besoins de l'organisation et du fonctionnement journalier d'une clinique militaire de stomatologie rendent malgré tout mon opinion valable ; enfin, les chiffres mêmes, si j'en crois l'*Annuaire*, viennent me donner raison :

En effet depuis 1882, époque où M. Prost-Maréchal est entré dans l'armée, le nombre des démissions a en moyenne augmenté, et cela surtout depuis l'année 1899, celle précisément où j'ai subi le concours de médecin stagiaire : de 1882 à 1890 (les chiffres de 1888 me manquent) je trouve une moyenne de huit démissions par an dans le Corps de santé. De 1891 à 1898, elle est de près de neuf (8.75 exactement) de 1899 à 1907 (je n'ai pas les chiffres de l'année dernière) la moyenne monte *au-dessus de* 13 (13, 33), malgré l'encombrement plus grand de la profession médicale.

Je n'insiste pas davantage ; mais, quand bien même on pourrait craindre de provoquer des démissions, en facilitant à quelques médecins des études bucco-dentaires, il serait facile de leur demander des garanties analogues, par exemple, à celles qu'on exige des officiers d'artillerie stagiaires à l'Ecole supérieure d'électricité, savoir l'engagement de servir 5 ans après leur stage et l'obtention du diplôme d'ingénieur électricien ; à charge par eux, en cas de rupture dudit engagement, de rembourser à l'Etat les frais d'étude qu'il a payés pour ces officiers.

M. Prost-Maréchal ne veut donc pas de spécialistes de la bouche parmi les médecins militaires, il n'accepte pour eux qu'une « instruction stomatologique limitée ». Or, avec la modification profonde que viennent de subir les programmes d'études dentaires ; le recrutement ne nous fournira que très rarement de jeunes dentistes ayant terminé leurs études. Médecins non spécialisés, ou très peu spécialisés, *spécialistes au rabais,* pour diriger ; étudiants en cours d'études pour exécuter les soins, voilà toutes les garanties offertes aux soldats, quant au traitement des affections bucco-dentaires !

Cela ne me paraît pas admissible, et je reste convaincu, pour ma part, que si *tous* les médecins militaires doivent avoir des notions d'odonto-stomatologie, il est en outre indispensable qu'il y ait parmi eux de véritables spécialistes, capables de diriger un service, d'exé-

cuter les soins les plus difficiles, et de garantir à l'armée, par leur présence et leur influence dans le Corps de santé, des soins sérieux, qui ne soient en rien inférieurs à ceux donnés partout ailleurs.

Cette opinion ne m'est pas exclusivement personnelle, d'autres, non-spécialistes, et plus haut placés que moi, préconisent l'instruction spéciale de quelques médecins militaires; tel est entre autres le sentiment plusieurs fois, et tout récemment encore, exprimé dans divers rapports, par M. le médecin principal Sieur, professeur au Val-de-Grâce, nommé aussi au cours de l'Etude de M. Prost-Maréchal.

La question se rattache à celle plus générale des spécialisations diverses parmi les médecins militaires; mon contradicteur y est hostile[1], alors que j'en suis résolument partisan. J'estime en effet qu'il faut dans notre corps de santé ouvrir largement la voie des spécialités, et cela dans l'intérêt, et de la santé des troupes et du bon renom de la médecine militaire qui ne doit pas rester figée en arrière du progrès, mais au contraire se maintenir constamment à sa hauteur, sinon le précéder et en donner l'exemple.

Ici, non plus, je ne suis pas un novateur: beaucoup, dans notre corps, et non des moindres, sont partisans de la création, en temps de paix comme en temps de guerre, de centres hospitaliers réunissant les divers spécialistes utiles. En temps de paix, chaque corps d'armée aurait un de ces centres comprenant, à côté d'un médecin et d'un chirurgien, un bactériologiste, un médecin-légiste-psychiatre, un service de chirurgie spéciale (yeux-nez-gorge-oreilles), de radiographie et électrothérapie, et même un thérapeute de la bouche.

N'est-on pas d'ailleurs fatalement entraîné vers la spécialisation? Ne compte-t-on pas d'abord dans l'armée des médecins et des chirurgiens distincts? Et la tendance s'accentue encore : certains font de la chirurgie spéciale, d'autres de la médecine légale. Ne voit-on pas actuellement poindre comme spécialité distincte la chirurgie urinaire? Et la bactériologie, même avant la création récente d'une commission d'épidémiologie, n'avait-elle pas ses spécialistes officiels, médecins militaires pourtant, *qui font des stages d'instruction spéciaux.* Le mouvement n'a donc pas *commencé* par la stomatologie, « sous l'influence des ambiances subies par ses promoteurs » ; elle n'a fait qu'entrer dans une voie déjà tracée.

La spécialisation n'empêchera personne de remplir son rôle à la mobilisation ; car elle ne sera intervenue qu'après des études générales, qu'après le stage commun au Val-de-Grâce, souvent même qu'après un certain temps de service dans les corps de troupe. Et puis, les stages de perfectionnement si souvent réclamés, et dont parle

1. Du moins à une spécialisation officielle.

M. Prost-Maréchal, ne seront-ils pas destinés à tous, spécialistes ou non, qu'ils prépareront à leur rôle pour la mobilisation ? Le fait d'avoir approfondi une spécialité ne doit impliquer aucune condamnation, ni celle de ne pas démissionner, ni celle d'être inapte à tout autre genre d'activité. Tel des spécialistes qui nous occupent ne dirige-t-il pas dans un hôpital un service général ? Tel autre n'est-il pas à la tête d'un service régimentaire ? Un troisième n'a-t-il pas joint à sa spécialité des études juridiques ?

Après avoir repoussé la création de services régionaux, et l'éducation bucco-dentaire de quelques médecins militaires appelés à les diriger, M. Prost-Maréchal admet pourtant que : « l'on peut souhaiter de voir attribuer les grandes garnisons à ceux d'entre les médecins militaires qui ont acquis en art dentaire des compétences confirmées par l'obtention d'un diplôme technique, ce serait un encouragement à travailler dans cette voie, et l'on pourrait ainsi confier de la sorte la direction des importants services des fortes garnisons à des médecins plus aptes, plus écoutés que nos aides-majors qui n'auront, eux, en sortant du Val-de-Grâce, que le bagage de leurs quinze séances de clinique ».

Ceci traduit presque exactement ma pensée, mais nous voici bien près de nos *services régionaux*, et que sont ces médecins, sinon des spécialistes ? En quoi diffèrent-ils de ceux que je préconise, sinon parce qu'ils auront fait leur éducation spéciale en dehors de tout contrôle officiel, et parce qu'elle ne leur aura pas été officiellement donnée et facilitée[1] ?

Certes, ils seront plus aptes à diriger un service important qu'un jeune aide-major avec ses huit (et non quinze) séances actuelles de clinique, et leur existence même (il en existe quelques-uns) ne répond-elle pas à un besoin et ne prouve-t-elle pas qu'il y a quelque chose à faire ? Tant il est vrai que dans tous les domaines, en matière d'art dentaire plus peut-être que partout ailleurs, l'initiative privée précède toujours et provoque l'initiative officielle.

Au reste, même pour des non-spécialistes, le temps consacré par les médecins stagiaires à la clinique stomatologique, bien qu'il constitue un pas en avant, est notoirement insuffisant, et je considère que l'avenir est, ici comme ailleurs, gros de progrès nécessaires. Quant à l'utilisation des heures qui y sont actuellement consacrées, elle doit, à mon sens, être orientée presque exclusivement vers l'étude clinique, il n'y en a pas de meilleure.

Sur ce point d'ailleurs il me semble être en communautés de vue avec M. Prost-Maréchal ; je le suis aussi me paraît-il, pour ce qui concerne l'emploi des jeunes chirurgiens-dentistes et la nécessité

1. N'est-ce pas admettre une spécialisation de fait, sinon de droit, officieuse sinon officielle ?

d'améliorations dans leur situation militaire. Cependant la création du « grade en puissance » avec « assimilation aux grades de sous-officier réduite aux prérogatives morales » me paraît difficile à créer; et je doute que l'attribution d'un certain nombre de places de caporaux, sergents et adjudants avec les prérogatives militaires, solde exceptée, et avec la solde de la troupe en temps de paix, sorte jamais du domaine des conceptions théoriques, et qu'on puisse réaliser pratiquement, au point de vue militaire, la création de cette nouvelle catégorie de gradés hybrides, qui soient sous-officiers sans l'être[1]. Serait-ce d'ailleurs bien juste et démocratique? Parmi les avantages concédés à ces pseudo-sous-officiers, l'un des principaux serait sans doute de n'être pas nourris avec la troupe, mais de l'être comme les vrais sous-officiers ; ce qui ne sera possible à des gens touchant le prêt d'un soldat qu'à condition d'y mettre de leur poche ; ceux alors qui n'auront aucune ressource personnelle ne pourront pas prétendre à de semblables fonctions. Cela est si vrai qu'il y a douze ans on a dû prendre sous ce rapport des mesures particulières concernant les étudiants en médecine détachés dans les troupes alpines pour y faire fonction de médecins auxiliaires, et qui, jusqu'alors mangeant avec les sous-officiers, et recevant le prêt de soldat de 2e classe, étaient dans la situation que je viens de dire.

Sur la question du *matériel des services dentaires* l'exposé de M. Prost-Maréchal est des plus judicieux. Je ne crois pas cependant avoir justifié l'accusation de faire de la surenchère au rabais; j'ai indiqué, d'après mon expérience, des chiffres qui sont, à mon sens, le *minimum indispensable pour faire quelque chose*, représentant strictement la valeur de l'outillage, non les frais d'aménagement s'il y en a. Qu'on nous donne davantage, qu'on nous installe très bien, cela sera, je le reconnais volontiers, préférable à des aménagements juste suffisants, où l'énergie et l'ingéniosité du médecin militaire suppléent à la médiocrité des crédits. Que dans ce domaine comme dans d'autres tout soit à la hauteur du but à atteindre, et que ni personnel, ni matériel ne soient, d'une façon quelconque au rabais.

Telles sont, monsieur le directeur, les quelques réflexions que je désirais exposer à vos lecteurs, à la suite d'un travail où j'ai l'honneur d'être nommé presque à chaque page; elles soulignent plus encore quelques divergences dans les détails, mais je constate en terminant, comme je le faisais au début, et ce m'est une satisfacton, qu'il y a entre M. le médecin-major de 1re classe Prost-Maréchal et moi communauté de vues, et quant au but à atteindre et quant aux moyens d'y arriver.

---

1. Si l'on accorde des grades aux dentistes, qu'on y mette le prix, qu'ils en aient tous les avantages. Ne peut-on reproduire ici l'objection faite par M. Prost-Maréchal à ceux qui, pour le matériel, dans le désir d'aboutir vite, font des propositions ultra-modestes?

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'IMPOT SUR LE REVENU DANS LA PROFESSION MEDICALE

Les chirurgiens-dentistes devant être astreints aux mêmes impositions que les médecins dans le projet d'impôt sur le revenu adopté par la Chambre des députés et actuellement soumis au Sénat il nous a paru utile pour nos lecteurs de reproduire l'article suivant et le rapport qu'il contient que vient de publier le Bulletin médical. *Nos lecteurs trouveront dans ce rapport, outre des renseignements sur l'application de la loi qui doit être faite aux dentistes, des indications utiles quant à l'évaluation du revenu net sur lequel seront basées l'impôt sur le revenu et l'impôt complémentaire.*

S'il est, à l'heure actuelle, une question d'intérêt professionnel qui s'impose à l'attention et aux préoccupations du corps médical, c'est assurément, ce nous semble, celle du projet de loi sur l'impôt sur le revenu. « Revenu » est une façon de parler qui n'est pas celle des dictionnaires, lesquels définissent le revenu : « ce que rapporte un fonds, un capital ». Mais on doit admettre, d'après la nouvelle terminologie financière, que le *travail* est un fonds, un capital. C'est une application inattendue et ingénieuse du sage conseil du Bonhomme :

Travaillez, prenez de la peine,
C'est le *fonds* qui manque le moins.

Quoi qu'il en soit, si le texte voté par la Chambre des députés est accepté tel quel, ou a peu près, par le Sénat, il en résultera, pour la grande majorité des médecins, un accroissement considérable de leurs charges, déjà si lourdes.

Quelques-uns de nos amis ont essayé de calculer ce que représenterait ce supplément d'impôts par rapport à leurs contributions actuelles. Or, ils sont arrivés à un chiffre intermédiaire entre le double et le triple. Le double serait déjà bien joli. Nous engageons, du reste, tous nos confrères à faire les mêmes calculs en se reportant aux tableaux officiels publiés récemment, mais en n'oubliant pas qu'on y a passé *complètement sous silence* les centimes additionnels, généralement plus forts que la part de l'Etat. « La parole est d'argent, et le silence est d'or. » Il est vrai que ces tableaux sont un véritable casse-tête chinois et un modèle achevé d'imprécision, de prétéritions et d'ambiguïtés ; on n'en est pas moins forcé de faire son petit calcul d'après eux.

Mais l'aggravation absolue d'impôts n'est pas, en ce qui nous con-

cerne, le seul danger du projet voté par la Chambre des députés.

En effet, en cas de contestation sur la déclaration, la charge de la preuve nous incombera, au lieu d'incomber au fisc, comme cela devrait être ; par suite, on nous accule à peu près fatalement, à violer, pour justifier nos dires, le secret professionnel que la loi nous impose.

Ces diverses questions ont été discutées récemment par le Conseil général du groupement professionnel si important et si honorable des « Sociétés médicales d'arrondissement de Paris et de la Seine ». Pour donner une forme précise aux débats et voter ensuite sur des conclusions fermes, le Conseil général nomma une commission [1] qui désigna à son tour comme rapporteur le secrétaire général du Conseil, M. le Dr Ducor. C'est ce rapport très intéressant que nous publions ci-dessous, en attirant sur lui toute l'attention des lecteurs. Nous le ferons suivre de quelques courtes réflexions.

RAPPORT DE M. LE Dr DUCOR.

Votre Commission a été unanime à déclarer que nous n'entendions nullement discuter le principe de l'impôt sur le revenu, mais seulement son fonctionnement en ce qui concerne les professions libérales et plus spécialement la profession médicale.

Que demandions-nous en effet ? Tout simplement l'application des règles de droit commun, à savoir :

1° Que la taxe ne s'exerce que sur le revenu net, c'est-à-dire, comme il est dit pour les professions industrielles et commerciales (art. 30, page 3) : « *Le revenu imposable est constitué par l'excédent des recettes brutes sur les dépenses et amortissements inhérents à l'exercice de la profession. La valeur locative des locaux affectés à l'exploitation du commerce ou de l'industrie sera, dans tous les cas, déduite des recettes brutes* » ;

2° Qu'il ne soit pas créé, pour les médecins, une pénalité exceptionnelle (la quintuple taxe) en cas d'inexactitude, alors qu'il est prévu seulement la double taxe pour les commerçants, auxquels on accorde, d'ailleurs, une marge d'erreur de 5 à 10 000 francs ;

3° Enfin, conformément à l'adage juridique : *actori incumbit onus probandi*, qu'en cas de contestation, la charge de la preuve incombe à l'administration.

La Chambre nous avait donné satisfaction, dans sa séance du 14 décembre 1908, en prenant en considération, malgré l'opposition de M. le ministre des Finances et de la Commission de réformes fiscales, et à une forte majorité, l'amendement de MM. Dubuisson, Delpierre, Halleguen et Cloarec, par lequel il était fait droit aux

1. La Commission comprend : MM. Paul Reynier (8e), président ; Paul Le Noir (1er), Sebillotte (2e), Siredey (6e), Poitou Duplessy (17e), Stackler (8e), Granjux (4e), Dignat (17e), Renault (5e), Toldano (7e), Piot (16e), Hervouët (3e), Coldefy (14e), Ducor (17e), secrétaire général, *rapporteur*.

demandes du corps médical. Malheureusement, dans sa séance du 19 janvier 1909, la Chambre, obéissant à d'autres inspirations, a rejeté la dernière partie de l'amendement : « En cas de contestation, la charge de la preuve incombe à l'Administration. »

*
* *

Nous devons penser que les députés qui s'étaient constitués nos défenseurs ont cru avoir d'excellentes raisons pour abandonner le fruit de leur première victoire ; on nous dira, en effet, que nous avons obtenu quelques légers avantages au point de vue des pénalités prévues et des abonnements; mais nous avons perdu l'essentiel, qui était ceci: « en cas de contestation, la charge de la preuve incombe à l'Administration. »

Qu'on ne nous objecte pas l'opposition violente du ministre et de la Commission. Cette opposition s'était manifestée aussi ardente, aussi intransigeante, le 14 décembre ; les mêmes menaces avaient été proférées et, malgré cela, le ministre et la Commission avaient été battus à une forte majorité. Il semble qu'ils auraient pu l'être de nouveau sur le même terrain. Nous devons regretter qu'il n'en ait point été ainsi et nous préparer à reprendre la lutte, lorsque la question reviendra devant le Sénat.

En tout cas, il faut qu'un point soit bien établi :

« Nous ne demandons aucun privilège. »

Nous demandons simplement qu'en aucun cas nous ne soyons pris entre deux obligations contradictoires, d'une part celle qui nous serait imposée par la nécessité de faire la preuve, et d'autre part celle que nous crée l'obligation du secret professionnel. A noter que le chirurgien, le grand consultant, qui constituent l'aristocratie de notre profession, sont généralement payés comptant et n'ont pas à tenir la comptabilité nécessaire au médecin de quartier, au praticien de la petite ville ou de la campagne. Celui-ci ne peut, en réalité, se dispenser de l'établir, cette comptabilité, avec indication du nom de ses clients, tandis que le chirurgien, le consultant, ne connaissent souvent même pas le nom de ceux qui s'adressent à eux. En méconnaissant ces conditions, le projet de loi de la Chambre donne un *cachet antidémocratique à l'impôt sur le revenu en ce qui concerne les médecins.*

Au surplus, comment ferions-nous la preuve qu'on nous réclame ? L'agent du fisc, se fiant aux apparences, croira de bonne foi que tel ou tel médecin se taxe insuffisamment, parce que son installation lui paraît luxueuse, parce que son salon est plein les jours de consultation. Mais ce brave agent ignore les moyens de distinguer, parmi les personnes qui entrent chez nous, le client sérieux du visiteur aimable ou importun, mais peu rémunérateur. Qui pourrait indiquer avec précision le nombre de *faux clients* que nous voyons chaque semaine : représentants de commerce venant nous vanter des médica-

ments nouveaux, des eaux minérales merveilleuses ; bandagistes nous apportant des modèles inédits ; étudiants en quête de conseils ou d'une consultation ; agents d'assurance venant nous offrir leurs services ; pseudo-confrères en détresse ; compatriotes besogneux, etc., etc. [1]. Il suffit de songer à ces quêteurs ou quêteuses de tout genre, il suffit de songer à ces difficultés pour reconnaître que, dans ces conditions, un contrôle réel est impossible et que l'acceptation de nos déclarations dépendra uniquement du bon plaisir de l'administration.

Nous ne doutons pas que le Sénat ne prenne en sérieuse considération tous ces arguments, qui gagneront à être développés.

Et qu'on ne nous parle pas de privilèges. Le médecin a, dans la société, une situation spéciale, à raison des charges spéciales dont on l'accable, des services qu'on réclame de lui, dans l'intérêt social, soit gratuitement, soit pour un prix dérisoire. Nous demandons que, notre situation étant toute particulière, on en tienne compte dans l'application des charges que la nouvelle loi imposerait à tous les citoyens français. La Commission de réformes fiscales et la Chambre ont institué de nombreuses catégories de contribuables ; c'est dire qu'un traitement différent, appliqué à certaines de ces catégories et en rapport avec leur fonctionnement social, ne doit pas être considéré comme un traitement privilégié.

*
* *

Mais nous ne devons pas nous contenter de réclamer du Sénat des garanties contre les erreurs de taxe que pourront commettre les agents du fisc et contre les difficultés, parfois même l'impossibilité, de nous défendre sans nuire à nos intérêts les plus légitimes et à ceux de nos clients, par la divulgation de nos livres et la violation du secret professionnel qui en serait la conséquence forcée. Nous devons aussi, et dès à présent, établir quelles sont exactement celles de nos dépenses qui doivent être déduites des recettes brutes.

A ce propos, puisqu'il a été parlé à différentes reprises de l'impôt sur le revenu institué à l'étranger, et notamment de ce qui se passe en Allemagne, il nous a paru intéressant de savoir comment, pour les médecins, fonctionne l'impôt sur le revenu en Alsace-Lorraine.

Voici un tableau fourni par un percepteur :

Patente de médecin sur revenu *net* de : 20.000.

$9\ ^1/_{10}$ de 1.90 à l'Etat.................	347.35
Plus pour centimes additionnels, à l'Etat, au département et aux communes.....	200.15
Soit..........	547.50

1. Un de nos amis, grave professeur de clinique d'une Ecole de médecine de province, avait habillé d'un latin assez peu Cicéronien quelques-uns de ces *figurants* de clientèle : « Per amicos et amicas, cognatos et cognatas, monacos et monacas, ballerinos et ballerinas, médicus non facit res suas. » J. J.

Un médecin a le droit de déduire de son revenu *brut* les dépenses suivantes :

1° Loyer, chauffage, éclairage et récurage des salles de réception ou de consultation ;

2° Traitement des aides ou assistants ;

3° Achat et entretien des instruments, livres, journaux ;

4° Entretien du cocher, chevaux et voitures ;

5° Assurances pour tous risques : incendie, mort, accidents, vieillesse ;

6° Cotisations médicales.

Un autre confrère des pays annexés envoie des renseignements concordants :

La déclaration se fait tous les trois ans. On déclare les recettes nettes, c'est-à-dire après défalcation des dépenses faites pour entretien des voitures, achat et réparation de livres et instruments, chambres médicales, cotisations.

Supposons qu'un médecin gagne 12.000 marks par an. Il commence par défalquer de cette somme 4.000 marks pour frais nécessités pour l'entretien des chevaux, réparations des voitures,

loyer	4.000 marks
Chauffage et éclairage du cabinet de consultation et de la salle d'attente	800 —
Gage de la personne chargée de chauffer le cabinet et de recevoir le monde	200 —
Instruments, cotisations	300 —
Total	5.300 marks

Si ce médecin arrive à un chiffre de recettes *nettes* de 6.000 marks, il paiera comme patente la somme de 229 m. Dans cette somme de 229 m. sont compris, pour plus de la moitié, les centimes additionnels prélevés par la ville, le département et l'Etat.

L'Administration exige une déclaration qu'elle accepte le plus souvent. A ma connaissance il n'est pas survenu de conflit entre les médecins et le fisc, et il est probable qu'on n'aurait pas recours à des mesures extrêmes, c'est-à-dire que l'on ne forcerait pas le médecin à produire ses livres, si le fisc ne considérait pas sa déclaration comme exacte.

En cas de maladie, une simple déclaration à l'inspecteur des contributions directes a pour conséquence l'exemption de la patente durant la maladie.

Dans le cas où les revenus, du fait de l'exercice de la médecine, diminueraient pour une cause quelconque, perte d'une partie de la clientèle..., l'Administration accepte sans trop de difficultés le bien-fondé de la déclaration du confrère et lui accorde une réduction adéquate à la perte subie.

Il nous paraît inutile de commenter ces documents, choisis au hasard entre plusieurs, tous concordants.

Pour finir, une dernière observation.

Ceux qui ont suivi les débats de la Chambre ont été très frappés de ce qu'en dehors des efforts faits pour solutionner des questions délicates, comme celle de la preuve du revenu médical, les auteurs du projet paraissaient hantés par l'idée qu'il fallait, avant tout, penser à se défendre contre nos fraudes et nos inexactitudes; d'où précautions extraordinaires, pénalités nouvelles, quintuple taxe, etc. Dans une comédie célèbre, à propos d'un contrat de mariage, un personnage ne cesse de répéter : « Mais il n'est question que de ma mort là dedans ! » De même, à propos de ce qui s'est passé à la Chambre dans cette discussion, le médecin pourrait dire : « Mais il n'a été question que de ma mauvaise foi là dedans ! »

Il nous semble que nous pourrions modifier, au moins sur ce point, l'opinion du Sénat, et après avoir recherché, comme toujours, l'entente avec les groupements professionnels, aboutir à ce que la loi, en ce qui nous concerne, soit rédigée de façon à nous donner satisfaction et appliquée plus tard dans le même esprit.

En conséquence, votre Commission vous propose d'adopter les conclusions suivantes :

1° Tous les médecins individuellement, et tous les groupements professionnels, doivent être invités à agir auprès des sénateurs, afin que ceux-ci adoptent l'amendement à l'article 50 (amendement Dubuisson) pris d'abord en considération par la Chambre des députés : « Jusqu'à preuve du contraire faite par l'Administration, l'exac- » titude de la déclaration faite conformément à l'article 49 sera pré- » sumée ». En d'autres termes : « en cas de contestation, la charge de la preuve incombe à l'Administration ».

2° En poursuivant l'adoption de cet amendement, nous ne demandons nullement au Sénat *de créer au profit des professions libérales une catégorie spéciale,* nous demandons simplement des dispositions spéciales *en rapport avec une situation toute particulière.*

3° Chacun doit user de ses relations dans la presse et dans tous les milieux influents pour faire aboutir nos justes revendications.

4° Chaque médecin devrait, dès à présent, établir le chiffre de ses *revenus nets*, en défalquant de ses recettes brutes tous les frais inhérents à l'exercice de la profession, et en utilisant, dans ce but, les données acceptées par le fisc en Alsace-Lorraine et qui sont spécifiées plus haut.

(Le Bulletin médical.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

Congrès de Lille.

I. — Réunion préparatoire tenue à Lille le 17 avril 1909.

Cette réunion, tenue à l'Hôtel de la Société industrielle, sous la présidence de M. Siffre, président de la section d'odontologie, et de M. Barden, secrétaire général, a été très réussie. Elle avait surtout pour but de constituer le *Bureau local* de la section d'odontologie.

Ont été nommés :

Président........	MM.	F. Brun (Lille).
Vice-présidents...		Joly (Calais).
		Dr Gillet (Lille).
		Bettmann (Lille).
Secrétaire général		Dr Rousseaux (Roubaix).
Secrétaire		Lohier (Lille).

Par suite, le *Bureau général* de la section se trouve ainsi définitivement constitué :

Présidents d'honneur	MM.	Dr Queudot, Dr Tellier, G. Viau.
Président		Dr Siffre.
Vice-présidents.....		Dr Roy.
		F. Brun.
Secrétaire général..		A. Barden.
Secrétaires.		E. Fourquet.
		Lannois.
		Pailliottin.
		H. Villain.

II. — Première liste de communications.

A. — Rapports.

1° Traitement du prognathisme inférieur. (Rapporteur : M. Gillet, de Lille.)

2° Nécessité d'une terminologie orthodontique unique. Essai de terminologie rationnelle. (Rapporteur : M. G. Villain.)

3° Les métaux coulés en art dentaire. (Rapporteur : X.)

B. — COMMUNICATIONS.

1re *liste.*

A. Barden. Les répercussions des imitations gingivo-dentaires.
Bourcy (du Havre). Epulide pseudo-angiomateuse.
F. Brun (de Lille). Le traitement du prognathisme supérieur.
M. Cavalié (de Bordeaux).
a) Traitement des fractures de l'angle de la mâchoire.
b) Les phénols chlorés et bromés en thérapeutique dentaire.
H.-Em.Cramer. La suture gingivale dans les interventions dentaires.
L. Delair.
a) Prothèse du pharynx nasal.
b) Obturateurs palatins à bourrelet.
c) Sur le redressement du nez.
d) Prothèse tardive du maxillaire inférieur. (Blessés du Maroc.)
J. Druo. Influence de la cure dentaire sur l'évolution des syphilides faciales et bucco-pharyngées.
Ch. Godon. Le nouveau régime d'enseignement dentaire et les revendications odontologiques.
Francis Jean.
a) Thérapeutique de la carie du 4e degré.
b) Modification aux appareils d'orthodontie à poste fixe.
R. Hem. L'air chaud en thérapeutique dentaire.
Rousseaux (de Roubaix).
a) Nouveau modèle de mouffle.
b) Levier clef pour vulcanisateur.

III. — Démonstrations pratiques et présentations.

O. Amoëdo. Articulateurs anatomiques avec possibilité de reproduire l'individualisation de l'articulation temporo-maxillaire (Walker, Christensen, Parfitt, Kerr, Snow, Gissy et Amoëdo).
Gillet (de Lille).
a) Présentation de pièces histologiques concernant les premiers stades du développement des dents chez les vertébrés.
b) Présentation de quelques dents supplémentaires.
c) Présentation d'un squelette avec ossification de l'articulation temporo-maxillaire.
Lohier (de Lille). Anesthésie par le forméthyle à l'aide de l'appareil de Décolland.

Le secrétaire général,
A. BARDEN.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DENTAIRE

Berlin, 23-28 aout 1909.

Nous avons reçu du Comité d'organisation du Congrès le programme provisoire publié dans notre numéro du 30 mars dernier, auquel sont ajoutées la liste des Comités nationaux formés en Danemark, Belgique, Uruguay, Suède, Norvège, Hollande, Suisse, au Mexique, en Russie, aux Etats-Unis, en Autriche-Hongrie, aux Philippines, en France et en Angleterre, et la liste des communications annoncées jusqu'à présent. Ces communications sont déjà à l'heure actuelle au nombre de 18 dans la 1re section, 10 dans la 2e, 17 dans la 3e, 12 dans la 4e, 28 dans la 5e, 11 dans la 6e, 22 dans la 7e, 17 dans la 8e, 15 dans la 9e, 9 dans la 10e, 3 dans la 11e et 3 dans la 12e. Quand cette liste sera complète, nous la publierons.

Ce document contient également le règlement du Congrès que nous reproduisons ci-après.

Le président du Comité national français,
Francis Jean.

Règlement du Congrès.

1. Le Ve Congrès dentaire international aura lieu à Berlin du 23 au 28 août 1909.

2. Le but du Congrès est de contribuer aux progrès scientifiques et techniques de l'art dentaire et de soutenir les intérêts de la profession.

3. Sont membres ordinaires du Congrès : les dentistes ayant le diplôme du pays où ils exercent et les professeurs des écoles dentaires.

Sont membres extraordinaires du Congrès :

a) Les médecins ;

b) Les étrangers n'ayant pas le diplôme du pays de leur résidence.

Toute autre demande d'admission non prévue ici est soumise aux décisions du comité national (pour l'Allemagne le comité d'organisation).

Sont membres participants du Congrès : les parents des congressistes et les étudiants en chirurgie dentaire.

Les membres ordinaires et extraordinaires ont les mêmes droits.

4. Les demandes d'admission doivent être adressées au comité national (pour l'Allemagne le comité d'organisation) ; y joindre les noms, adresses et la somme de 25 marks, — prix de la carte du Congrès.

Les femmes et enfants des congressistes, ainsi que les étudiants en chirurgie dentaire paient chacun 10 marks, — pour leur carte.

5. Les congressistes sont admis sur présentation de leur carte nominative avec quittance du paiement effectué.

Les membres du Congrès reçoivent gratis le journal du Congrès et le catalogue de l'exposition; les membres ordinaires et extraordinaires ont droit aux comptes rendus du Congrès.

Les communications et démonstrations pratiques ne peuvent être faites que par les membres du Congrès.

6. Le Congrès tiendra ses séances dans le Palais du Reichstag à Berlin.

7. Les langues du Congrès sont l'allemand, l'anglais et le français, les autres langues ne peuvent être employées qu'avec l'assentiment du président de section.

Le Congrès comprend les sections suivantes:

Section I. Anatomie, Physiologie, Histologie.
— II. Pathologie, Bactériologie.
— III. Chimie, Physique et Métallurgie.
— IIIb. Photographie scientifique.
— IV. Diagnostic et Thérapie spéciale (Matière médicale).
— V. Chirurgie buccale, Prothèse de chirurgie dentaire.
— VI. Anesthésie générale et locale.
— VII. Dentisterie opératoire.
— VIII. Prothèse, y compris les couronnes et le bridge-work, céramique.
— IX. Orthodontie.
— X. Hygiène dentaire et buccale.
— XI. Enseignement, Législation.
— XII. Histoire, Bibliographie.

8. Le Congrès comprend :

Séance d'ouverture générale pour tous les congressistes (lundi, 23 août 1909), une assemblée générale (jeudi, 26 août) et une séance de clôture (samedi, 28 août). Il y aura en outre des séances de section et de plusieurs sections réunies. Il n'y aura aucune discussion à la séance d'ouverture.

9. Tout congressiste désirant faire une communication ou une démonstration doit avertir le président de la section où elles devront être faites ou le comité national avant le 15 mai 1909 au plus tard. Les communications ultérieures ne seront acceptées qu'après épuisement complet du programme.

Les présidents de section ont le droit de décider de l'acceptation des communications.

10. Les communications écrites dans la langue même dans laquelle elles seront faites doivent être remises avec le bon à tirer au président de section, au plus tard le 15 juin 1909, avec un résumé contenant les conclusions essentielles du travail. Le comité d'organisation du Congrès fera traduire ce résumé dans les trois langues et le fera parvenir aux présidents de section avant le Congrès.

11. Les démonstrations pratiques doivent être annoncées aux présidents de section au plus tard le 15 mai 1909 avec indication du genre d'installation nécessaire pour leur exécution.

Un court exposé du but principal et de la teneur de la démonstration doit être envoyé le 15 juin 1909 au plus tard au président de section. Ce rapport sera traduit dans les langues du Congrès et porté à la connaissance des membres du Congrès.

12. Le temps dont chaque orateur pourra disposer est limité à 20 minutes ; pour la discussion à 5 minutes ; toute prolongation sera soumise à l'approbation du président de la séance.

13. Les congressistes prenant part à la discussion devront inscrire leur communication séance tenante sur un formulaire *ad hoc* qui leur sera fourni et le remettre au secrétaire pendant la séance même, sous peine de perdre le bénéfice de la publication de cette communication dans les comptes rendus.

14. Pour les fêtes il sera délivré au prix de 12 marks une carte spéciale.

15. Une exposition scientifique est annexée au Congrès.

Le Comité local nous adresse autre part la circulaire suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

Le Comité d'organisation a l'honneur de vous prier de vouloir donner aux communications suivantes, la plus grande publicité dans la presse et les associations dentaires.

Etat des travaux du Comité local de Berlin.

Selon toute prévision, le nombre des personnes qui prendront part au Congrès sera très grand. Il va de soi que la tâche incombant au comité d'organisation et surtout au comité local de Berlin de préparer tout ce qu'il faut pour assurer la réussite du Congrès est très difficile tant que le chiffre des congressistes n'est pas fixé, au moins d'une façon approximative. Les préoccupations du comité local de Berlin tendent surtout à rendre à chaque congressiste, même s'il ne possède pas bien la langue allemande, le séjour à Berlin agréable et commode depuis l'arrivée jusqu'au départ. Mais pour cela il faut évidemment que le Comité sache auparavant combien de personnes viendront afin de pouvoir envoyer à chacune tous les imprimés dans lesquels se trouveront consignés avec soin les détails relatifs au congrès. De cette façon chaque congressiste sera renseigné déjà avant son arrivée, au moins dans les grandes lignes, sur la situation, du local du Congrès, sur la répartition des séances scientifiques, sur les fêtes et excursions, etc. J'adresse donc à chacun des confrères qui ont l'intention de prendre part au Congrès la prière instante de vouloir bien envoyer le plus tôt possible leur adhésion soit au secrétaire général, M. le Docteur Schaeffer-Stuckert, à Francfort-sur-le-Main,

soit au président du comité local de Berlin, le professeur Guttmann, médecin-dentiste de la Cour, 24 Kurfürstendamm, Berlin, et d'indiquer en même temps s'ils viendront seuls ou seront accompagnés de membres de leur famille.

Le comité local de Berlin considère comme une de ses tâches les plus importantes de prendre toutes les mesures nécessaires en vue de rendre aux dames le séjour à Berlin des plus agréables pendant les séances du Congrès.

A cet effet, on a constitué un comité de dames composé d'épouses et de filles de nos confrères berlinois. Le comité directeur du Congrès a le vif désir de voir le plus grand nombre de dames possible accompagner leur mari ou leur père à Berlin : non seulement elles rehausseront par leur présence l'éclat des fêtes, mais encore elles auront l'occasion de voir en détail la ville de Berlin et ses institutions artistiques, sociales et économiques.

En dehors de ce comité de dames, la direction du Congrès a institué plusieurs sous-comités destinés à fournir aux congressistes tous les renseignements et facilités en ce qui concerne la question des logements, celle de la langue (échange de langues), ainsi que les excursions, les visites de musées, etc. Ceux de nos confrères qui traversent la mer pour venir au Congrès trouveront dans les ports de Hambourg et de Brême un comité disposé à leur donner tous les renseignements et conseils relatifs au voyage sur le continent.

La société de transport « Hamburg-Amerika-Packetfahrt-Aktien-Gesellschaft » s'est déclarée prête à accorder d'importantes réductions de prix aux congressistes (la période principale des voyages exceptée).

Le comité directeur du Congrès ayant fixé les séances de travail de neuf heures du matin à deux heures de l'après-midi, il restera donc aux congressistes suffisamment de temps pour visiter Berlin et prendre part aux réceptions et aux fêtes qui suivront les assemblées de labeur sérieux.

Jusqu'à présent le programme des fêtes comprend d'abord la réception solennelle des congressistes au palais du Reichstag, puis une réception à l'Hôtel de Ville sur invitation du Conseil municipal de Berlin. En outre le « Central Verein deutscher Zahnärzte », la plus grande société scientifique de ce genre, célèbrera le 50e anniversaire de sa fondation pendant le Congrès, ce qui donnera également lieu à des fêtes.

Puis le comité directeur du Congrès organisera une soirée dansante.

De plus les médecins-dentistes de Berlin et de la province de Brandenbourg invitent tous les congressistes — hommes et dames — à une partie de bateau à vapeur sur les lacs de la Havel et à un dîner qui aura lieu à la suite, au Schwedischen Pavillon, à Wannsee.

Enfin pour terminer la série des distractions, on se donnera rendez-

vous le samedi sur les « Terrasses d'Halensee » pour une réunion d'adieu.

Des prix réduits ont été fixés pour la visite des théâtres. L'entrée de faveur gratuite sera accordée pendant toute la semaine aux membres du Congrès pour l'exposition de peinture et de sculpture, pour le parc de l'exposition, et pour le jardin zoologique, etc.

Nous répétons à nouveau qu'il est absolument nécessaire que les congressistes envoient leur adhésion le plus tôt possible, afin qu'on puisse organiser toutes ces fêtes, etc., jusque dans les détails.

Pendant la semaine du Congrès, le comité local a organisé des trains d'excursion pour la visite des principales villes de l'Allemagne et des villes universitaires; des promenades en voiture, en automobile et en bateau seront aussi organisées pour faire connaître les environs de Berlin. Le but poursuivi par la direction du Congrès et du comité local est que chaque membre doit quitter Berlin avec la conviction d'y avoir passé une série de beaux jours.

Pour conclure, je me permettrai encore d'exprimer le désir que les collègues du pays et de l'étranger viennent en très grand nombre avec leur femme et qu'ils nous en fassent part le plus tôt possible.

Le professeur Guttmann, Berlin, Kurfürstendamm, 24, répondra volontiers à toutes les demandes qu'on voudra bien lui adresser.

D[r] med. KONRAD COHN,
Secrétaire du Congrès.

NÉCROLOGIE

A. Harlan.

Nous apprenons, au dernier moment, la mort de notre distingué confrère M. A. Harlan, de Chicago, pendant longtemps directeur de la *Dental Review*. C'est une grande perte pour la profession et nous la ressentons tous vivement. Les nécessités du tirage nous obligent à ajourner à notre prochain numéro l'article nécrologique que mérite cette grande figure disparue.

*
* *

Notre confrère M. Cruet, directeur de la *Revue de stomatologie*, si cruellement frappé, il y a peu de temps, par la mort de son fils, vient d'avoir la douleur de perdre sa femme.

Nous exprimons à notre confrère et à sa famille nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

LA FÊTE DU TRENTENAIRE

Le Comité d'organisation nous communique le programme définitif, que nous publions ci-dessous, de la fête du trentenaire des premières Sociétés dentaires françaises que nous avons déjà annoncé dans nos deux derniers numéros. Pour cette célébration la Société Odontologique de France a bien voulu se joindre à l'Association générale des Dentistes de France. La Fédération dentaine nationale et les Ecoles et Sociétés adhérentes donnent également leur concours à cette fête professionnelle qui s'annonce sous les plus heureux auspices et à laquelle sont conviés tous ceux qui veulent avec nous célébrer la prospérité de nos Sociétés professionnelles et les réformes bienfaisantes obtenues grâce à leur activité.

UNION 1879 — **22-23-24 mai** — PROGRÈS 1909

Fête Commémorative

DU

Trentenaire des premières Sociétés dentaires françaises

DE LA

Création de l'Enseignement dentaire

ET DE LA

Réforme des Études odontologiques

Avec le concours de la Fédération dentaire nationale et des Sociétés adhérentes.

Sous la présidence d'honneur de :

MM. le Président du Conseil des Ministres, Ministre de l'Intérieur,
le Ministre de l'Instruction publique,
le Ministre du Commerce et de l'Industrie,

et sous la présidence effective de M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, membre de l'Académie de médecine, assisté de MM. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, Gariel, membre de l'Académie de médecine, Desplas, Dubief, Iriart d'Etchepare, Steeg, César Trouin, députés, Dourgnon, maire du 9e arrondissement de Paris, et des membres du Comité de Patronage de l'Ecole[1].

1. Ce Comité est constitué par les présidents et les vice-présidents des séances de réouverture des cours et par les personnalités qui se sont intéressées spécialement à l'Ecole dentaire de Paris.

PROGRAMME

Des journées des 22, 23 et 24 mai 1909.

Samedi [redacted] mai.

Après-midi. — Réunion de la F. D. N. à son siège social, Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. Tous les membres adhérents peuvent assister à cette séance.

Le soir à 7 heures, dans les salons de l'Hôtel Continental :

Banquet sous la présidence d'honneur des Ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique, du Commerce et la présidence effective de M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine, assisté de MM. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, Gariel, membre de l'Académie de médecine, Desplas, Dubief, Iriart d'Etchepare, Steeg, César Trouin, députés, Dourgnon, maire du 9e arrondissement, etc., avec le concours d'une musique militaire.

A 10 heures. — Concert avec le concours d'artistes de l'Opéra, de l'Opéra-Comique, du Vaudeville, du Gymnase, de la Scala, de l'Eldorado, etc.

Les dames sont instamment priées d'assister au banquet, ainsi qu'au concert et à l'excursion du lendemain.

Le prix du banquet et du concert est de 15 francs ; 10 francs pour les dames, 10 francs pour les élèves.

Dimanche 23 mai

Matin à 9 h. 1/2. — A l'Ecole dentaire :

Séance de démonstrations pratiques.

Exposition de fournitures dentaires.

A midi. — Lunch en commun au Buffet de la gare du Nord, au prix de 3 francs.

Après-midi. — Excursion à Chantilly. *Rendez-vous gare du Nord, au train de 1 h. 15.* Visite du château. Promenade en break. Collation à l'Etang de la Reine [1]. Retour à Paris par le train de 5 h. 40.

Lundi 24 mai.

Matin, à 9 h. 1/2. — A l'Ecole dentaire de Paris :

Séance de démonstrations pratiques.

Exposition d'instruments nouveaux.

---

1. La promenade en break et la collation en forêt sont offertes gratuitement aux membres adhérents au banquet.

Visite de l'Ecole, pose d'une plaque commémorative.

Le soir, à 8 h. 1/2. — Séance de la Société d'Odontologie.

Pour tous renseignements et adhésions s'adresser à M. S. Machtou (Secrétaire du Comité d'Organisation), 39, rue de la Victoire ou au Secrétariat de l'Ecole dentaire, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Etudiants en chirurgie dentaire.

Plusieurs jeunes gens pourvus du certificat d'études secondaires, entrés à l'Ecole dentaire de Paris au mois d'octobre 1908 et ayant pris leur première inscription le 15 du même mois, ont dû pour des raisons diverses interrompre leurs études pendant plusieurs mois et se proposent de revenir à l'Ecole lors de la rentrée d'octobre 1909. Les parents de ces jeunes gens ont donc demandé à l'Ecole si ceux-ci pourront reprendre et continuer leurs études sous l'empire de l'ancienne réglementation, nonobstant le décret du 11 janvier dernier.

L'Administration de l'Ecole dentaire de Paris s'est adressée au Recteur de l'Académie de Paris qui, le 30 mars dernier, a fait la réponse suivante :

« Les aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste ayant pris leur première inscription en octobre-novembre 1908, sur la justification de l'un des titres prévus par l'article 2 du décret du 25 juillet 1893, continueront leurs études dans les conditions fixées antérieurement au décret du 11 janvier 1909. »

Palmes académiques.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. Eudore Dubeau, directeur de l'Ecole dentaire de l'Université Laval, à Montréal (Canada), seule école de langue française existant en Amérique, a été nommé officier d'Académie par arrêté du 5 de ce mois.

Nous adressons à M. Dubeau, un de nos principaux collaborateurs, nos bien vives félicitations.

L'exercice de l'art dentaire en Italie.

Des renseignements particuliers qui nous ont été fournis à propos de l'entrefilet que nous avons consacré dans notre numéro du 30 mars à l'exercice de l'art dentaire en Italie, il résulte que le projet de loi élaboré par la Commission parlementaire n'a que peu de chance d'être

voté et que l'Italie reviendra très probablement avant peu à un titre spécial de chirurgien-dentiste comme on l'a fait en France.

Manifestation de sympathie.

Lors d'un récent voyage en Italie fait par M. Godon, nos confrères de Naples ont organisé un banquet amical en son honneur et ils ont profité de cette occasion pour adresser à l'Ecole dentaire de Paris un télégramme exprimant toute leur sympathie à l'institution et leurs félicitations pour l'œuvre qu'elle a réalisée. Le Conseil de l'Ecole a, de son côté, exprimé aux confrères italiens ses sympathies et ses remercîments.

Congrès de Copenhague.

Un Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée aura lieu à Copenhague en 1910.

L'Ecole dentaire de Paris y prendra part.

29e ANNÉE. N° 9 15 MAI 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA PROTHÈSE CRANIENNE
UN CAS DE PROTHÈSE DU TEMPORAL

Par L. DELAIR,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication de la Société d'Odontologie, séance du 5 novembre 1907.)

Au Congrès international de Madrid en 1903, où j'ai eu l'honneur d'être désigné comme rapporteur, je faisais le 10 avril une communication sur mes travaux d'alors et tout particulièrement sur une prothèse que j'appelais nouvelle: la prothèse squelettique du crâne. Dans le rapport qui fut publié à cette époque, je disais dans mes conclusions, page 38 : Le chirurgien-dentiste doit être au besoin le collaborateur du chirurgien civil ou militaire. Ses aptitudes manuelles et mécaniques, sa pratique des opérations de petite chirurgie, le désignent à eux pour l'exécution et la pose des pièces de prothèse squelettique.

A cette époque, les plaques perforées que j'avais imaginées n'avaient pas fait leurs preuves et ce sera à vous tout à l'heure de dire si enfin aujourd'hui ces preuves sont faites.

Dès mon retour de Madrid, je présentai à la Société de chirurgie un malade auquel j'avais pratiqué une prothèse du frontal à l'hôpital Lariboisière, en collaboration avec M. le Dr Sebileau. Je vous rappelle sommairement les étapes de cette prothèse pour que, tout à l'heure, vous puissiez

vous rendre compte des efforts que j'ai dû faire et des résultats que j'ai obtenus dans le cas que je vous présente ce soir. Il s'agissait, dans cette prothèse frontale, d'un jeune homme de 22 ans qui, à la suite d'une sinusite frontale, avait eu le front trépané et, par suite, avait été défiguré. Je proposai à M. Sebileau d'appliquer sur lui une prothèse perforée.

Jusqu'alors j'avais, dans différentes circonstances, sur plusieurs opérés des hôpitaux de Paris, essayé de pratiquer des prothèses nasales, des prothèses squelettiques par les procédés de Martin, de Michaels, de Goldenstein et de Gillard ; mais, ainsi que je vous l'ai déjà dit, mes tentatives avaient échoué. J'avais pensé au début que, si les insuccès étaient si nombreux, c'était parce que les prothésistes s'appliquaient à ne faire qu'un squelette unique, c'est-à-dire une base partant du sommet des os propres du nez pour venir aboutir sur les os maxillaires, et j'avais imaginé de faire une sorte de cage métallique taillée à la scie dans une plaque d'or et de recourber cette plaque d'or suivant les besoins et pendant l'opération sur le malade.

MM. Viau et Blatter assistèrent à la première tentative de ce genre que je fis. L'opération réussit parfaitement et le malade fut présenté à la Société de chirurgie ; mais quelques mois après, par un phénomène que vous comprendrez très bien, la peau, quoique ayant été parfaitement reconstituée sur ce squelette d'or, finit par se limer, par s'user, et l'or commença à sortir à travers la peau, et ceci aseptiquement.

Trois fois je fis la même tentative en modifiant chaque fois mon mode opératoire, et chaque fois le résultat fut le même.

Ayant eu ces difficultés, je voulus y parer lorsque j'eus à pratiquer la prothèse du frontal dont je viens de vous parler. Je pensai que, si l'abrasion mécanique de la peau se produisait, c'est parce que, quoique parfaitement mousses, les bords des trous de mon squelette métallique (bords non pas angulaires, mais arrondis), étaient symétriques, très éloignés les uns des autres, et que par conséquent la peau en pénétrant

pendant sa cicatrisation finissait par être coupée. Pour éviter cela, j'eus l'idée de diminuer tout simplement la grandeur des trous, et c'est là l'origine de mes plaques perforées. Vous savez que cette prothèse du frontal eut un succès parfait et vous avez vu ici même le jeune homme pour qui elle fut pratiquée[1] et qui fut présenté plusieurs fois à la Société de chirurgie (fig. 1, 2 et 3). Je vous signalerai cependant qu'à la Société [de chirurgie on n'avait pas tout d'abord grande confiance en mes plaques perforées. M. Sebileau

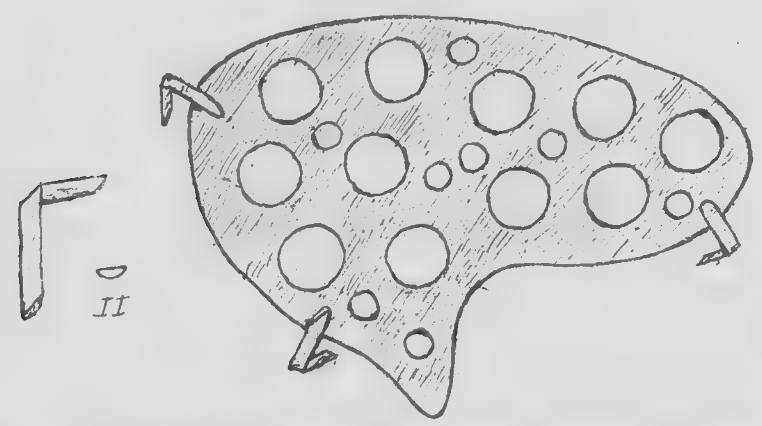


Fig. 1. — Plaque perforée grandeur naturelle pour prothèse du frontal du malade représenté fig. 2 et 3.

lui-même, lors de la première présentation, fit ses réserves auprès de ses collègues, indiquant que, s'il avait consenti à me laisser tenter cette reconstitution, c'était grâce surtout aux pressantes sollicitations non seulement de l'opéré défiguré, mais encore de ses élèves.

A la Société de chirurgie on nous pria de présenter le malade de temps à autre. Certains prétendaient que la plaque ne tiendrait pas trois mois ; ensuite ils prétendirent qu'elle ne tiendrait pas un an. Or, cette plaque fut fixée le 20 avril 1903, la première présentation eut lieu le 25 mai 1904 et le 1er janvier 1909, plus de six ans après l'opération, je recevais des nouvelles de mon opéré, qui est fixé à New-York, il est en excellente santé et sa plaque frontale n'a pas bougé.

1. *Odontologie*, 1903.



Fig. 2. — Malade ayant subi la prothèse frontale.



Fig. 3. — Radiographie du même malade.

Je fus encouragé par ce succès. Aussi quand, en 1905, un de nos confrères, M. Couturier, me parla d'un jeune homme qu'il connaissait, dans les environs de Paris, lequel, à la fois casse-cou et casse-tête, avait fait une chute formidable de motocyclette et s'était ainsi enlevé tout le pariétal gauche, ce qui déterminait des phénomènes d'épilepsie jacksonnienne par compression de la cicatrice, je proposai de lui faire une prothèse analogue à celle qui avait si bien réussi pour le frontal. L'opération fut faite, encore à l'hôpital Lariboisière, par M. Sebileau et moi.

Lorsque nous présentâmes le malade à la Société de chirurgie M. Sebileau s'exprima ainsi : M. Delair imagina le procédé, confectionna la plaque, la martela, perça les trous dans le crâne du patient, appliqua la prothèse, et moi je reconstituai la peau par-dessus.

Mais si l'opération pouvait se raconter ainsi en quelques mots, il s'en faut de beaucoup qu'elle fût aussi simple à exécuter. Pour faire tenir ces plaques j'avais imaginé de fixer momentanément par des coins, par des petites cales d'or, les griffes devant maintenir les plaques de prothèse en place. Or, chez ce jeune homme, la brèche était considérable, puisqu'elle avait neuf centimètres de long sur huit de large. D'un autre côté, si dans le premier cas j'avais eu à placer la plaque simplement au-dessus du sinus frontal, je me trouvais dans le second cas avoir à placer cette plaque en contact direct avec la « dure-mère » et la difficulté était beaucoup plus grande. Le chirurgien habile que vous connaissez, ayant détaché la peau par une incision en volet, avait, par une belle dissection, mis petit à petit à découvert les bords de la brèche, de sorte que j'avais pu marteler la plaque de restauration non pas par-dessus l'os, mais dans l'épaisseur même de l'os, je perçai alors quatre trous dans le crâne et y introduisis les griffes de rétention de la plaque et le chirurgien sutura la peau par-dessus (fig. 4, 5 et 6).

Si je vous rappelle tout cela, c'est parce que tout à l'heure je vais vous faire part non pas d'une nouvelle méthode, mais d'une modification très intéressante de cette méthode.

Le succès de cette seconde prothèse cranienne fut aussi parfait que celui de la première. Vous avez vu ici mon opéré que j'ai présenté à la Société d'Odontologie le 28 février 1906. Il est venu encore au mois de juillet dernier et j'ai reçu ces jours-ci la visite de son père. Les phénomènes d'épilepsie qui s'étaient manifestés avant l'application de

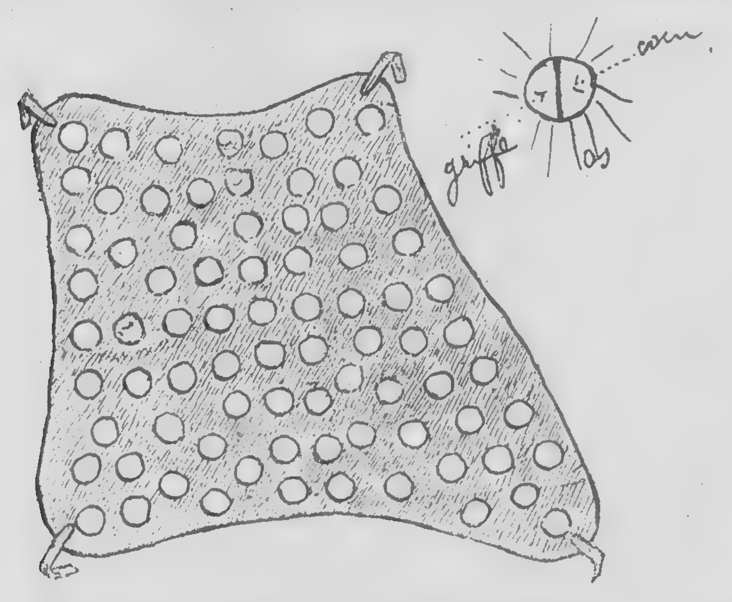


Fig. 4. — Plaque perforée grandeur naturelle pour prothèse de l'occipital du malade représenté dans les fig. 5 et 6.

ma plaque ont complètement disparu depuis son opération. Il habite actuellement à Mandres (S.-et-O.).

*
* *

J'arrive maintenant au malade qui fait l'objet de ma présentation de ce jour :

Vers le mois de mai 1908, je reçus un jour chez moi la visite d'un jeune homme très alerte, mais l'air plutôt triste, qui me dit: « Monsieur le Professeur, je viens vous confier mon cas. J'ai eu le crâne fracturé avec une large perte de substance, ce qui fait que je suis menacé de finir mes jours dans la paperasserie : on va me mettre à la retraite. Je suis lieutenant de chasseurs dans une garnison du centre et le métier de rond-de-cuir ne me plaît guère. Si vous pouviez me



Fig. 5. — Malade ayant subi la prothèse occipitale.

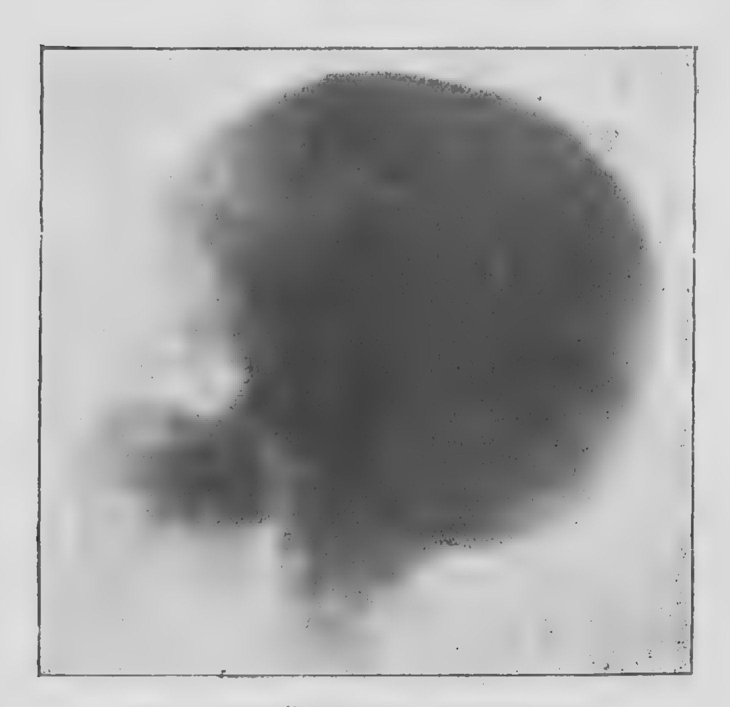


Fig. 6. — Radiographie du même malade.

restaurer le crâne, je pourrais peut-être reprendre du service ».

Je lui fis raconter son histoire, elle fut des plus simples. Tous les ans, vous le savez sans doute, le Ministre de la Guerre autorise certains jeunes officiers de l'armée à prendre part à des courses d'obstacles, à des raids militaires. Mon officier avait ainsi été envoyé de Beaune à Lyon, avec quelques-uns de ses collègues. A Lyon, il paraît que le champ de courses n'est pas propice à ce genre d'exercices équestres, il y avait beaucoup de poussière, on ne voyait pas à six mètres devant soi. Etant en tête du peloton, soit qu'il ait fait un mauvais pas, soit qu'il n'ait pas vu l'obstacle, le cheval de cet officier culbuta et son cavalier fut envoyé à quelques mètres de là, et tomba sur des pierres. Alors les chevaux qui suivaient passèrent sur le corps du malheureux, les uns lui démolissant une côte, un autre un bras, un troisième, d'un coup de sabot, lui fracturait le crâne, il en eut gros comme la moitié de la main d'enlevé, on retrouva le morceau d'os à quelques mètres de là, avec environ quinze grammes de matière cérébrale.

Le blessé fut transporté à l'hôpital Desgenettes où il fut soigné. La peau avait disparu mais il se reforma au-dessus du cerveau un tissu fibreux cicatriciel.

Ce n'était donc plus du tout le même cas que ceux dont je vous ai parlé tout à l'heure, qui avaient de la peau normale sur leur cerveau et sur leur sinus.

Je dis à mon visiteur ce que je pensais de son cas, que j'étais tout disposé à faire la tentative de restauration qu'il me demandait, mais que je ne pouvais pas répondre des conséquences. Il s'en alla cependant très content et alla retrouver les chirurgiens militaires du Val-de-Grâce, qui l'avaient engagé à venir me trouver.

Quelques jours après je fus convoqué au Val-de-Grâce par le médecin et le chirurgien en chef auxquels j'exposai le procédé de prothèse cranienne, que j'avais employé déjà deux fois et leur dis ce que je pensais pouvoir faire dans le cas particulier qui les intéressait. Le meilleur

moyen, proposai-je, de nous entendre, c'est de procéder ainsi que j'ai eu l'occasion de faire avec tous les chirurgiens civils qui me font l'honneur de me demander ma collaboration : c'est de commencer d'abord par pratiquer au préalable l'opération sur le cadavre. Ce fut entendu ainsi. On me trépana un crâne au Val-de-Grâce, à l'amphithéâtre, je construisis séance tenante une plaque perforée, et lorsque j'eus percé et perforé ma plaque, les professeurs et chirurgiens me dirent : « Mais votre procédé est très simple et il pourrait, croyons-nous, nous rendre à l'avenir de très grands services dans la chirurgie de guerre. »

L'opération fut donc décidée. Mais j'apportai une modification intéressante au mode de fixation de la plaque.

Ainsi que je vous l'ai dit il y a trois ans, j'avais jusqu'alors fait tenir mes plaques en les coinçant avec de petits coins. Pour cette dernière opération, je résolus d'essayer de supprimer ces coins. Je fis une plaque de dimension appropriée pouvant subir un effort de 57 kilogrammes et je rapprochai simplement les griffes les unes des autres, et il était impossible de retirer la plaque.

L'opération faite en juin sur le cadavre, fut pratiquée sur le blessé le 19 juillet, au Val-de-Grâce par M. Sieur, professeur à l'École de santé militaire du Val-de-Grâce, et M. Rouvillois, professeur agrégé, en présence de MM. Mignon, chirurgien en chef et Nimier, médecin en chef, et de plusieurs majors de la garnison de Paris.

Cette opération fut plus compliquée que les deux autres que je vous ai rappelées ; ce n'était pas en effet de la peau qui recouvrait la brèche, c'était du tissu fibreux cicatriciel. Or, il fallait que ce tissu fibreux fût enlevé.

Cette ablation était des plus délicates, elle constituait un véritable travail de dentellière et je dois rendre un légitime hommage aux deux chirurgiens qui la pratiquèrent pour le soin et la minutie qu'ils apportèrent dans cette opération, qui dura à elle seule trois quarts d'heure. Lorsque le cerveau fut entièrement mis à découvert, le blessé me fut livré. J'ajustai ma plaque, je perçai trois trous dans le crâne de l'o-

péré, à la main, pas à la machine. Puis je fixai ladite plaque, en introduisant les griffes dans chaque trou. Il y avait 32 trous dans la plaque qui était en or à 20 karats, avait un millimètre et demi d'épaisseur, et pesait 34 grammes. Les 32 trous de quatre millimètres étaient espacés les uns des autres de 4 millimètres. Comme la précédente fois j'avais fait subir à cette plaque les essais dynamométriques voulus pour

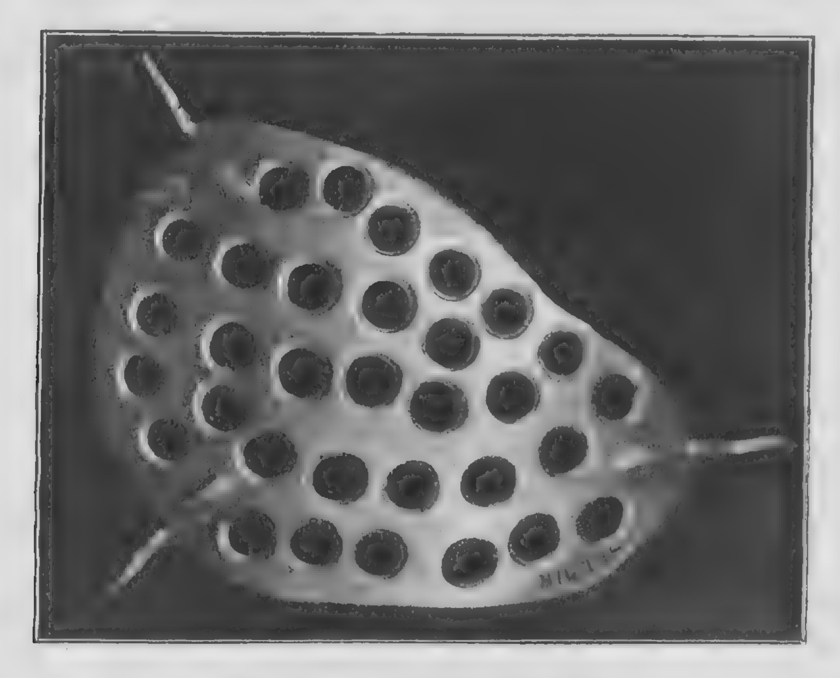


Fig. 7. — Plaque perforée grandeur naturelle pour prothèse du temporal du malade représenté fig. 8 et 9.

savoir si elle pourrait supporter les efforts qu'elle pourrait être appelée à subir, il fallait en effet que ce temporal artificiel pût recevoir sans s'enfoncer un traumatisme violent, car ce jeune officier était exposé par sa profession et au cours de ses exercices équestres à subir des traumatismes assez considérables ; il ne fallait donc pas que sa plaque risquât de se déformer, ce qui aurait obligé à la retirer pour lui en remettre une plus forte, ce qui n'aurait pas été chose facile. C'est pourquoi j'ai employé l'or comme étant très rigide, surtout pour les griffes qui avaient deux millimètres 1/2.



Fig. 8. — Malade ayant subi la prothèse temporal.



Fig. 9. — Radiographie du même malade.

La brèche cranienne mise à nu et la plaque posée il n'y avait plus de peau pour la recouvrir, M. le professeur Sieur et M. Rouvillois décidèrent pour cela de prendre un lambeau frontal et de combler ultérieurement la plaie frontale qui en résulterait par une autoplastie au dépens de la peau du bras. Mais cette dernière intervention ne fut pas nécessaire: en effet, dix jours après l'opération, quand les chirurgiens enlevèrent le pansement, nous fûmes tout surpris de voir que la plaie frontale avait largement bourgeonné et qu'elle se comblait d'elle-même. Au bout de peu de temps les deux bords de la plaie arrivèrent en contact, rendant inutile la greffe secondaire. Vous pourrez constater sur l'opéré lui-même la perfection de cette cicatrice.

Les suites opératoires furent des plus simples: au bout de quelques mois il quitta le Val-de-Grâce en très bon état, sa plaie parfaitement cicatrisée et sa plaque temporale en or admirablement bien tolérée et solidement fixée en place, malgré sa position presque verticale, ce qui n'était pas sans susciter l'étonnement de nombreux médecins.

Quand ce jeune officier quitta le Val-de-Grâce, on lui dit : Maintenant vous êtes cicatrisé, ou à peu près. Vos cheveux vont repousser. Vous allez prendre quatre mois de congé et puis on fera le nécessaire pour vous faire reprendre du service dans votre régiment, mais à une condition, c'est que vous soyez sage, que vous ne remontiez pas à cheval de longtemps, pour éviter les trépidations, les chocs possibles, etc., etc.

Très docile, il ne voulut pas transgresser les prescriptions de la Faculté, et il se garda bien jusqu'à aujourd'hui de monter à cheval. Mais, comme il avait besoin de distraction et de mouvement, il acheta une motocyclette et, pendant ses vacances, il fit plusieurs milliers de kilomètres à motocyclette. Voilà comment il évita de refaire une chute de cheval !

Malgré ces exercices, la plaque temporale n'a pas bougé, elle est toujours solidement fixée et l'on peut sentir, à travers la peau, la plaque et les trous dont elle est percée.

J'en ai fini avec l'observation de ce malade, il a bien

voulu venir se soumettre à votre examen et est ici présent, vous pourrez ainsi constater son excellent état et la réalité des différents faits que je vous ai indiqués.

Le malade, qui est dans l'assistance, vient au bureau où il est examiné, en même temps que des applaudissements unanimes sont adressés à l'auteur de cette remarquable opération de prothèse restauratrice.

* * *

En novembre 1908, un an après cette première présentation, M. Delair *a de nouveau présenté ce même opéré afin que les membres de la Société d'Odontologie puissent juger des résultats éloignés de la prothèse temporale qu'il avait pratiquée sur lui et qui, comme on va le voir, se trouvait avoir subi une épreuve imprévue et des plus probantes.*

L'année dernière à pareille époque, j'avais l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie, un malade auquel, trois mois auparavant, j'avais appliqué un temporal artificiel en or par mon procédé dit de plaque perforée.

Je présentais également ce même blessé à la Société de chirurgie avec les chirurgiens militaires qui l'avaient opéré avec moi, MM. Sieur et Rouvillois, du Val-de-Grâce.

A cette séance de la Société d'Odontologie, un des membres de notre Société avait émis des doutes sur la possibilité de rétention de ma plaque placée sur le crâne absolument dans la position verticale et seulement retenue par des griffes en or recourbées et soudées à la plaque d'or perforée avec de la soudure au quart.

Je n'avais rien à répondre à cette objection qui pouvait être juste ou prématurée... il n'y avait qu'à attendre les événements.

Je promis à cette époque à M. le Président de la Société que, si au bout d'un an mon opéré n'était pas mort, j'aurais, je l'espérais, le plaisir et l'honneur de vous le représenter.

Eh bien! je vous l'amène ce soir.

Quelques semaines, deux semaines je crois, après la

présentation que je vous fis, ce jeune officier a repris son service en qualité de lieutenant au 16e régiment de chasseurs à Beaune. C'est vous dire que cet opéré n'est pas un mythe, comme cela a pu être dit quelque part. On l'a même dit mort.

Il a pu effectuer sans aucune gêne tous les exercices de son métier et sans qu'aucun phénomène anormal se produisît au niveau de sa perte de substance cranienne et de la plaque d'or qui la comblait. Il a cependant mis celle-ci à une rude épreuve comme vous allez pouvoir en juger par l'aventure qui lui arriva et qui, mieux que tout commentaire, vous permettra de juger du degré de solidité et de rétention de la plaque à travers les trous de laquelle la peau s'est réunie à la dure-mère.

Au mois de mai de cette année il montait encore en course aux environs de Dijon, lorsque l'accident qui avait provoqué sa fracture du crâne l'année précédente se reproduisit de nouveau. Son cheval fit panache en sautant un mur et son cavalier alla tomber sur la tête encore cette fois entre deux talus, c'est-à-dire dans un sillon de terre labourée. La plaque porta violemment contre le sol et contre les pierrailles puisqu'il eut le front et le nez déchirés, mais la plaque résista et ne subit pas la moindre déformation ni le moindre déplacement. Guéri après quelques jours d'hôpital, cet accident ne l'empêcha pas de faire au mois de juillet les manœuvres du Centre, qui durèrent pour lui depuis Beaune jusqu'à Corrency et retour, c'est-à-dire 45 jours, pendant lesquels il fit dix heures de cheval par jour. Malgré ces fatigues excessives, malgré la chute de cheval que je vous ai racontée, la plaque n'a pas bronché, elle a résisté à tout et elle n'est pas tombée, *quoique en or*. Aussi je suis très heureux de vous le représenter ce soir, car, après la séance de l'année dernière, il n'était pas parti d'ici sans quelque crainte puisque, comme je vous le rappelais, un des membres de cette Société avait émis devant lui l'opinion que sa plaque ne pouvait pas tenir.

J'ai eu le plaisir de constater que son état général était

aussi satisfaisant que son état local, dont vous allez pouvoir juger en l'examinant de près, puisque ce monsieur veut bien très aimablement se soumettre à votre examen. Vous remarquerez la perfection de la cicatrice, ce qui m'est une nouvelle occasion de faire l'éloge des deux chirurgiens militaires qui l'ont opéré et auxquels j'ai apporté ma collaboration de prothésiste.

En pratiquant cette prothèse cranienne, je pense avoir contribué à élargir le domaine du dentiste en faisant de celui-ci le collaborateur précieux du chirurgien ce qui facilitera, ainsi que je le souhaite, l'union entre le médecin-chirurgien et le chirurgien-dentiste.

Le malade, avant d'être examiné par les membres de la Société d'Odontologie, prononce les quelques paroles suivantes que nous reproduisons avec plaisir, car elles sont le meilleur éloge que l'on puisse faire des services rendus par notre excellent collaborateur M. Delair.

Le lieutenant X. — Je suis bien profane, Messieurs, pour parler dans une assemblée aussi savante et aussi nombreuse que la vôtre.

Je veux cependant profiter de l'occasion qui m'est offerte par M. le Président, pour remercier publiquement M. Delair du dévouement qu'il m'a témoigné et de son désintéressement. Il m'a permis de reprendre une profession, une carrière que j'aimais et que j'aime beaucoup. Si je ne suis pas obligé d'abandonner la carrière militaire, c'est à un de vous, Messieurs, que je le dois et je suis à la fois fier et heureux de pouvoir le dire ici, à M. Delair, et publiquement de le remercier bien sincèrement. (*Applaudissements.*)

ÉTAT ACTUEL DE LA RADIOGRAPHIE EN CHIRURGIE DENTAIRE TECHNIQUE. RÉSULTATS

Par PAUL AUBOURG,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef du laboratoire de radiographie à l'hôpital Boucicaut.

Deux raisons ont jusqu'à ces derniers temps retardé l'application courante de la radiographie à l'art dentaire : la difficulté du maintien d'une plaque dans la bouche du patient — la longueur obligée de la pose et, par suite, l'immobilité du malade. Il en est résulté que ce moyen d'investigation mathématique et infaillible n'a pu être qu'une rareté là où il devrait être d'un usage courant pour le diagnostic.

Depuis quelque temps les difficultés de technique ont cessé avec un appareil simple et pratique qui supprime pour le patient la gêne des anciens procédés de mise en place des plaques. De plus, les progrès de la radiographie rapide permettent, en moins de *dix secondes*, d'obtenir des clichés d'autant plus parfaits que le malade est soumis à un minimum d'immobilité.

Ces progrès de la *technique* imposent actuellement la radiographie comme un moyen ordinaire d'investigation et de diagnostic en odontologie.

*
* *

TECHNIQUE RADIOGRAPHIQUE.

I. — Le temps de pose est réduit à quatre secondes avec les nouveaux procédés de radiographie rapide.

Sans entrer dans des détails de transformateurs électriques, il suffit de rappeler que les tubes de Crookes, producteurs de Rayons de Röntgen, sont traversés par des décharges électriques à haute tension, obtenues en transformant le courant électrique donné par les secteurs d'une ville par exemple en un courant de haute tension, sous faible débit.

Qu'il s'agisse soit de machine statique, soit de tous les types d'interrupteurs, soit du meuble d'Arsonval-Gaiffe, la technique consiste à lancer dans un tube un courant électrique de 1 à 20 milliampères. La production de Rayons X est proportionnelle, en règle générale, à cette quantité et il en résulte cette donnée pratique : plus un tube donne de milliampères, plus est grande la quantité produite de Rayons X, plus courte aussi est la pose. C'est ainsi qu'avec 1 milliampère la pose est d'une minute et descendra avec 20 milliampères à trois secondes. Aussi y a-t-il grand avantage à employer des tubes à anticathode renforcée ou à refroidissement, dans la seule préoccupation de réduire le temps de pose avec l'augmentation du milliampérage.

Jusqu'à ces derniers temps les radiologistes n'avaient à leur disposition que les tubes Chabaud à osmo-régulateur ne laissant passer qu'un milliampère et la durée du temps de pose en radiographie dentaire était d'une minute environ. Aujourd'hui nous possédons des tubes plus perfectionnés, de fabrication allemande, par exemple, du type Polyphos, à ferro-platine système Rosenthal, de Munich, qui, au lieu d'*un* milli., laissent passer couramment quinze milliampères sans inconvénients : aussi la pose est-elle réduite au 1/15e, soit QUATRE SECONDES. Ce sont les nouveaux procédés de radiographie qui ont fait l'objet de communications à la Société de radiologie médicale de Paris [1] et qui pour toutes les interventions de radiographie ont abaissé les temps de pose, se comptant actuellement non plus par minutes, mais *par secondes*. Cette *radiographie rapide*, par opposition à la *radiographie lente*, est actuellement employée dans les laboratoires de radiographie des hôpitaux de Paris : il est facile aux radiologistes de faire quelques transformations sur les anciennes installations pour permettre les radiographies rapides et son emploi s'imposera plus encore avec les nouveaux perfectionnements des tubes employés.

---

1. Aubourg, Soc. de radiologie médicale de Paris, t. 1, nº 1 et 2. Séances du 12 janvier et 9 février 1909.

Il n'est pas besoin d'insister sur cette énorme diminution du temps de pose en radiographie dentaire pour montrer



que les clichés seront d'aurant plus facilement obtenus que le patient aura moins de temps à garder son immobilité. C'est là, à notre avis, un fait capital, une radiographie pré-

sente, une richesse et une finesse de détails d'autant plus grandes que la pose a été plus courte. Et l'explication en est facile : avec un minimum de pose — et l'on peut dire que quatre secondes suffisent — on obtient un maximum d'immobilité du patient et de cette immobilité résulte un perfectionnement des détails, comme le montrent les épreuves ci-jointes : encore le cliché présente-t-il beaucoup plus de netteté que les épreuves, surtout quand on peut les examiner directement avec un négastoscope ou plus simplement les regarder devant une lampe électrique ordinaire, en plaçant directement le cliché sur un verre dépoli.

II. — L'appareil de Belot a réalisé un grand perfectionnement pour la mise en place des plaques dans la bouche.

Deux procédés permettent de donner l'image des dents : la radioscopie ou la production des ombres des dents sur un écran fluorescent perçu par l'opérateur, la radiographie ou l'impression photographique des ombres dentaires. Cette dernière méthode est nettement supérieure en odontologie. Sans compter qu'il reste un document pour ainsi dire écrit et signé de l'état exact de la dentition, on peut affirmer que la radioscopie donne d'autant moins de détails que l'œil de l'observateur est moins exercé, surtout avec ce fait particulier que l'ombre des deux côtés du maxillaire se confond sur l'écran et que de plus la plaque emmagasine des détails que l'œil le plus entraîné ne peut physiologiquement percevoir. Aussi convient-il d'employer surtout la radiographie.

Dans les premières années qui ont suivi la découverte de Röntgen, on a essayé beaucoup de méthodes : nous rappellerons :

L'introduction dans la bouche de petits écrans fluorescents, secondairement regardés à l'aide d'un miroir à bouche ;

L'endodioscopie, qui consiste à introduire dans la cavité buccale une ampoule allongée et, à l'aide d'une plaque

placée, au dehors d'obtenir une image de dedans en dehors;

L'introduction de pellicules maintenues en place dans la bouche à l'aide d'empreintes en stents.

Ces méthodes, désagréables pour les malades, surtout avec de longs temps de pose, demandaient aux opérateurs trop de difficultés pour devenir d'un usage courant et il suffit de lire les premières descriptions de la radiographie dentaire pour être convaincu que ce ne pouvait être là qu'un procédé d'exception, une chance de réussite. M. Belot a fait construire par la maison Gaiffe un appareil très simple pour prendre la projection horizontale des dents. La méthode consiste à prendre une projection horizontale du maxillaire sur une plaque de grandeur convenable, mise à plat entre les dents du malade et voici la description qu'en donne M. Belot :

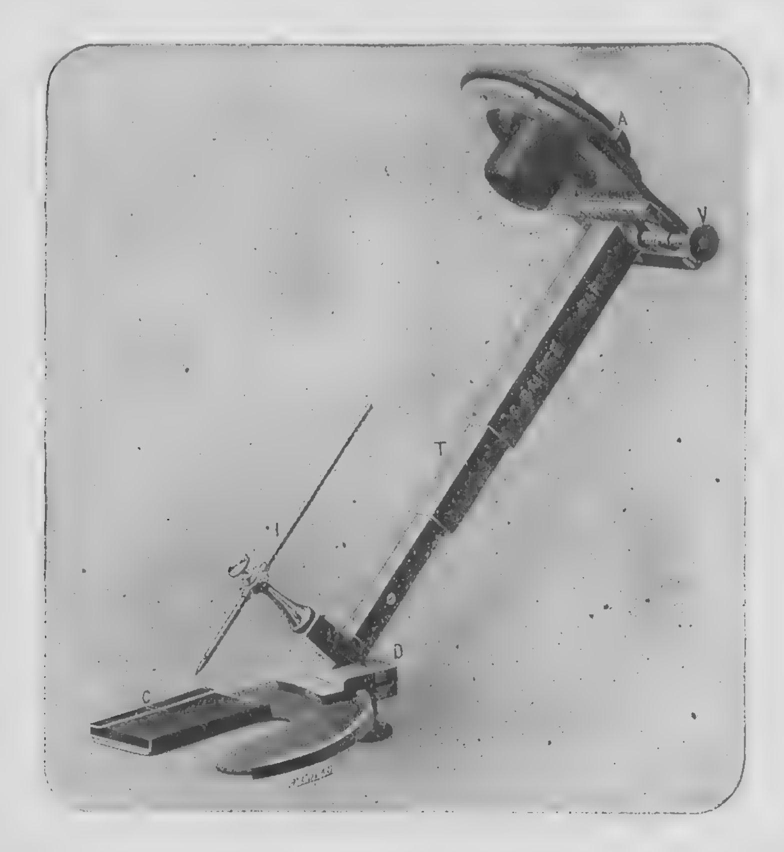
« Supposons que A B (fig. 1) représente la dent et qu'elle soit perpendiculaire à la plaque P P' : portons sur P P' une longueur A C égale à A B, puis réunissons les points C B et prolongeons cette ligne à l'infini. Si nous plaçons un foyer radiogène convenable en un point quelconque de cette ligne B X, nous aurons sur la plaque P P' l'image C A, en grandeur réelle (longueur) de la dent B A.

La difficulté consiste à donner au foyer radiogène sa place exacte. L'appareil assure de façon automatique et instantanée la position convenable (fig. 2).

Il se compose essentiellement d'un ajustage A se fixant sur son localisateur. A cet ajustage est fixée une tige carrée T, à allongement variable, supportant elle-même à son autre extrémité un plateau métallique représentant approximativement un quart de circonférence : cette tige et ce plateau forment entre eux un angle tel que l'ensemble satisfait aux conditions énoncées ci-dessus. La tige et le plateau peuvent être rendus solidaires à l'aide d'un système de serrage D, mais la tige carrée et par suite le foyer radiogène peuvent occuper une position quelconque tout autour de ce plateau ; l'ensemble est immobilisé quand la bonne position a été trouvée. Un indicateur I matérialise la direction du rayon-

nement. La tige carrée peut s'allonger plus ou moins suivant la distance à laquelle on veut opérer.

Pour la radiographie, la plaque de dimension convenable, de 4 1/2 × 6 à 6 × 6 1/2, est placée, enveloppée de papier noir, sur la partie rectangulaire du plateau C, de façon à ce que la couche sensible soit en contact avec les



dents à radiographier. Elle est maintenue à l'aide de petits porte-plaques livrés avec l'appareil, ou avec de simples anneaux de caoutchouc.

Supposons qu'il s'agisse de radiographier les dents d'avant d'un maxillaire supérieur. Le plateau porte-plaque est déplacé de façon à ce que les bords libres de sa partie rectangulaire soient parallèles à la direction de la tige carrée. Le sujet n'a plus qu'à s'introduire dans la boucle de la partie du plateau supportant la plaque. Pour les dents de côté, il

suffit de déplacer la tige carrée d'un quart de cercle, du côté intéressant.

Pour le maxillaire inférieur, on renverse l'appareil et la mise en place est identique.

Il faut ainsi *six épreuves* pour obtenir *l'ensemble du système dentaire.* »

Le maniement de cet appareil est extraordinairement facile. Au moyen d'un simple dispositif que nous avons fait construire par la maison Gaiffe, il est facile à tout radiologiste de le monter sur le porte-châssis de Beclin : aussi bien peut-il être placé sur le châssis porte-ampoule grand modèle de Drault.

Quant aux résultats, les épreuves obtenues à l'aide de cette méthode sont d'une netteté et d'une finesse remarquables. Les détails qu'elles permettent de saisir, la rapidité avec laquelle les clichés sont obtenus, feront préférer ce procédé à tous ceux employés jusqu'ici.

Reste la question des dangers de la radiographie. On peut affirmer que cette question aussi bien en radiographie dentaire qu'en radiologie ordinaire, ne doit plus être posée. Il est exact que les Rayons X ont provoqué, au début des premiers essais, des accidents par cette simple raison qu'il n'existait pas d'instruments de mesure pour les doser et ainsi les patients absorbaient des doses exagérées de Rayons X, comme en absorberaient des malades prenant de la digitale sans balances. C'étaient là de véritables intoxications que des doses non mesurées. Aujourd'hui il existe des instruments de mesure qui permettent de ne donner des Rayons X qu'à dose pour ainsi dire médicamenteuse et de supprimer tout accident. En plus, avec la radiographie rapide, le sujet absorbe un minimum de radiations avec le temps de pose si court et, pour notre part, nous n'avons jamais constaté le moindre accident, ni même le moindre incident à la suite d'une radiographie.

REVUE DES REVUES

RÉGRESSION D'UN SARCOME DE LA GENCIVE

Par évolution fibromateuse sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant du radium.

Par DOMINICI et FAURE-BEAULIEU.

L'observation, dont nous allons exposer les lignes essentielles, présente des particularités intéressantes d'ordre thérapeutique, clinique, histologique.



Figure 1.

Elle contribue à démontrer que des tumeurs malignes de nature conjonctive sont, comme certaines tumeurs de nature épithéliale, susceptibles de régresser sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant du radium en changeant de nature.

Dans le cas en question, la régression de la tumeur, qui était un sarcome de la gencive, s'est accompagnée de sa métamorphose en un néoplasme de type différent, car le sarcome a acquis, au point de vue clinique comme au point de vue histologique, tous les caractères

d'un fibrome destiné lui-même à disparaître pour passer à l'état de tissu cicatriciel simple.

« Mme F..., âgée de cinquante-trois ans, se présente à l'hôpital Saint-Antoine, le 12 septembre 1908, pour une tumeur à la gencive supérieure.



Figure 2.

La malade est exempte de tout antécédent pathologique digne d'être noté. Sa santé générale ne s'est pas ressentie de l'affection locale pour laquelle elle vient consulter.

Celle-ci a fait sa première apparition, il y a environ trois mois, sous la forme d'une petite saillie indolore, mais saignant facilement, qui siégeait sur la gencive supérieure, exactement au-dessus de la place autrefois occupée par la canine supérieure gauche tombée par carie dentaire depuis quinze ans environ.

Puis la lésion s'est progressivement étendue en surface et en saillie sans à-coup ni rémission, sans douleurs spontanées ni provoquées ; la malade ne s'en préoccupe qu'à cause des hémorragies parfois abondantes dont elle est le siège, surtout depuis les dernières semaines ; presque tous les matins elle se réveille la bouche pleine de sang.

Le néoplasme se présente sous l'aspect d'une tumeur du volume d'une grosse noix saillante, bosselée et comme feuilletée, formée de lobes à la fois agglomérés et superposés en gradins ; la muqueuse

qui la recouvre est rougeâtre, piquetée de points violets télangiectasiques, continue et légèrement exulcérée en quelques points. Elle recouvre la portion de la gencive supérieure qui surmonte l'incisive interne droite, les deux incisives gauches, la place de la canine gauche absente et la première molaire gauche. Cela lui fait une longueur horizontale de 4 centimètres. Quand on regarde la malade, de face et la bouche ouverte, l'extrémité inférieure de ces diverses dents est seule visible sur une longueur de quelques millimètres, car la tumeur les voile sur le reste de leur étendue. En haut, le néoplasme remonte jusqu'à 2 centimètres environ au-dessus du rebord alvéolaire.

La consistance en est à la fois molle et faiblement résistante. Il n'y a pas d'adénopathie.

Traitement. — La malade est soumise à un traitement radiumthérapique selon la méthode du rayonnement ultra-pénétrant de Dominici [1].

Le dispositif a été le suivant :

« On a employé : 1° Un appareil composé d'une toile de 25 millimètres de côté, supportant 4 centigrammes de sulfate de radium, d'activité 500.000, représentant 1 centigramme de radium pur ;

2° Un appareil cylindrique de 1/2 centimètre de diamètre, de 1 centimètre 1/2 de longueur supportant 2 centigrammes de sulfate de radium d'activité 500.000, c'est-à-dire 5 milligrammes de radium pur.

Le premier appareil était entouré d'une gaine de plomb de 1 millimètre d'épaisseur; l'épaisseur de cette gaine était, pour le second appareil, de 5/10 de millimètre. Chacun d'eux était recouvert de pa-

---

1. Les grandes lignes de cette méthode de radiumthérapie, indiquée par Dominici au Congrès de médecine de Paris en octobre 1907, époque où le filtrage était peu pratiqué à l'égard du traitement des tumeurs malignes, n'étaient pas encore sorties de l'empirisme.

La méthode de Dominici consiste essentiellemeut à filtrer le rayonnement du radium au moyen d'écrans de métaux denses : or, argent ou plomb de 4 à 6/10 de millimètre d'épaisseur.

Ces écrans métalliques arrêtent une fraction importante des rayons γ, la plus grande partie des β et la totalité des α.

Ceux des rayons γ et β qui franchissent ces écrans sont appelés, par Dominici, *rayons ultra-pénétrants*. Ils diffèrent par leur puissance de pénétration, non seulement du reste des rayons γ et β, mais aussi des rayons X, car ceux-ci sont arrêtés, pour l'*immense majorité d'entre eux*, par les écrans métalliques *que franchissent les rayons γ et β ultra-pénétrants de Dominici.*

En raison de leur grande vitesse de propagation, les γ et les β ultra-pénétrants sont moins irritants et altérants pour les tissus normaux que les rayons γ et β infra-pénétrants (ceux qui sont arrêtés par les écrans de métaux denses de 5/10 de millimètre d'épaisseur).

Ils n'en conservent pas moins des propriétés curatives remarquables à l'égard de certaines tumeurs malignes.

pier sur une épaisseur de 1 millimètre, et le tout, assujetti au moyen d'une enveloppe de caoutchouc mince.

On a appliqué le premier appareil dix-huit heures, du 15 septembre au 14 octobre.

Le second appareil, trente heures, du 14 octobre au 24 novembre.

Puis on a appliqué à nouveau le premier appareil vingt heures, du 26 novembre au 19 décembre, soit au total soixante-huit heures d'application, par séances d'une durée moyenne de deux heures chacune.

Au bout de huit jours, des modifications étaient appréciables : tendance à la régression concentrique, augmentation de la consistance, moindre abondance des hémorragies, disparition progressive des télangiectasies.

Le quarante-cinquième jour après le début du traitement (30 octobre), la tumeur s'est réduite dans des proportions telles qu'elle a abandonné la région de la première molaire et de la canine pour se limiter à la portion surmontant les deux incisives gauches et la partie interne de l'incisive médiane droite.

Parallèlement à cette régression dans le sens horizontal, a évolué une régression importante dans le sens vertical, telle que les dents en rapport avec la tumeur sont maintenant visibles dans plus des trois quarts de leur longueur.

Le soixante-treizième jour (28 novembre), la tumeur, de plus en plus dure, devint une sorte de fibrome à surface légèrement bossuée et carrelée, strictement limité à la portion de la gencive surmontant immédiatement les deux incisives gauches ; sa régression dans le sens vertical a fait de tels progrès que les deux dents sont devenues libres dans toute leur longueur.

Le 21 décembre, quatre-vingt-seize jours après le début du traitement, la zone néoplasique se réduit à une région indurée, pâle et à peine saillante, haute de quelques millimètres et surmontant la racine des deux incisives. Il n'y a plus d'hémorragies spontanées et l'écoulement de sang déterminé par la biopsie est insignifiant (fig. 1 et 2). »

En résumé, sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant, la tumeur a subi une régression concentrique ; elle a perdu les caractères apparents du sarcome pour acquérir la conformation et la consistance du fibrome, pendant que les hémorragies dont elle était la source se sont taries. Mais l'intérêt que cette observation présente au point de vue clinique est considérablement rehaussé par les résultats de l'étude microscopique.

Celle-ci démontre que l'évolution clinique et l'évolution histologique sont rigoureusement appariées et que le néoplasme, qui était effectivement un sarcome, a acquis, sous l'influence du traitement, la structure du fibrome.

ETUDE HISTOLOGIQUE. — Des examens histologiques pratiqués avant l'intervention thérapeutique nous ont démontré que la tumeur était un sarcome embryonnaire typique. Tout le tissu conjonctivo-vasculaire de la muqueuse était uniformément transformé en une masse constituée de plasmodes et de cellules conjonctives embryonnaires, anastomosés en un réseau continu creusé de vaisseaux sanguins également embryonnaires.

Ce processus néoplasique se compliquait de quelques manifestations d'ordre inflammatoire caractérisées surtout par une leucocytose assez abondante, l'exsudation de plasma sanguin et la migration de leucocytes dans l'épithélium malpighien (exosérose et exocytose de Sabouraud), dont les cellules hypertrophiées étaient en certains points disjointes par l'œdème phlegmasique.

Actuellement, la tumeur est devenue, dans la plus grande partie de son étendue, une sorte de fibrome où persistent à l'état de vestiges des reliquats du tissu sarcomateux primordial.

Mais d'où provient ce fibrome? On pourrait penser *a priori* qu'il procède des portions de tissu conjonctivo-vasculaire qui seraient restées indemnes de métaplasie sarcomateuse.

Il n'en est rien, comme le démontre une étude plus approfondie de l'évolution histologique de la tumeur. En effet, le fibrome est ici un produit de transformation du sarcome, transformation qui s'effectue par un mécanisme consistant :

1° En la métamorphose d'une partie du protoplasma des plasmodes et des cellules du sarcome en fibrilles conjonctives ; 2° en la transformation du reste du protoplasma et des noyaux des éléments sarcomateux en cellules fixes du fibrome ; 3° en l'atrésie des vaisseaux sanguins. Sur les coupes, on suit toutes les phases de cette évolution cellulaire.

Les noyaux sarcomateux, primitivement globuleux ou ovoïdes, diminuent peu à peu de volume, s'étirent et s'allongent en s'atrophiant.

Le protoplasma des plasmodes et des cellules du sarcome est remplacé par des fibres conjonctives qui en sont un produit de transformation et qui ne persiste autour des noyaux que pour former, avec ceux-ci, des cellules conjonctives fixes anastomotiques adultes (fibroblastes adultes).

Cette évolution particulière se manifeste non seulement dans les portions intervasculaires de la tumeur, mais encore au pourtour des vaisseaux sanguins qui acquièrent ainsi la conformation de capillaires à endothélium plat creusés non plus dans un tissu embryonnaire, mais dans un tissu fibreux.

*
* *

CONCLUSION. — En définitive, le rayonnement a déterminé la mé-

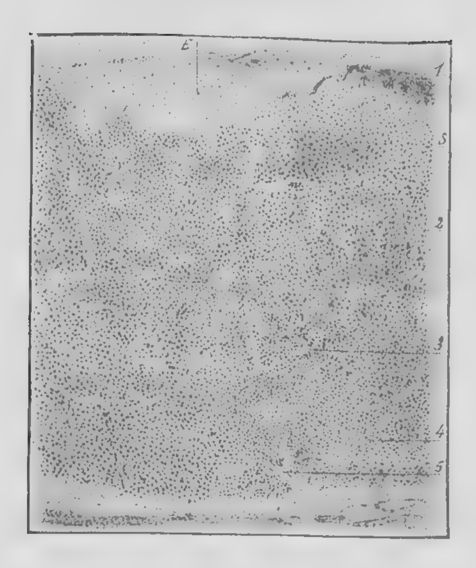


Figure 3. — Période du sarcome.

Coupe de la tumeur pratiquée avant le traitement, et dessinée à un grossissement de 97 diamètres.

L'examen a eu lieu à la phase représentée par la photographie n° 1.

Au-dessous de l'épiderme infiltré de leucocytes et imbibé de plasma (exocytose et exosérose de Sabouraud), à cellules hypertrophiées et plus ou moins désunies, apparaît un tissu de sarcome embryonnaire qui remplace le tissu conjonctivo-vasculaire de la muqueuse.

E, épithélium ; 1, portion de la tumeur en voie de nécrose : S, tissu sarcomateux ; 2, tissu propre du sarcome constitué par des plasmodes et des cellules embryonnaires, se confondant, à ce grossissement, en une masse protoplasmique plus ou moins compacte et multinucléée ; 3, 4 et 5, capillaire embryonnaire.

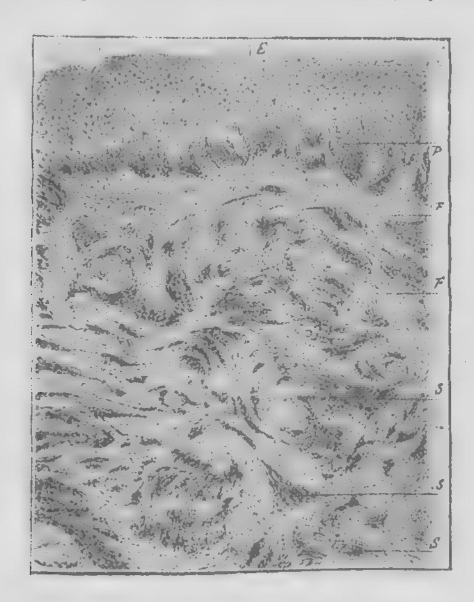


Figure 4. — Transformation du sarcome en fibrome.

Coupe de la tumeur pratiquée quatre-vingt-dix jours après le début du traite-

ment, examinée à un grossissement de 97 diamètres. L'examen a été fait à la période représentée par la photographie n° 2, celle où le néoplasme a acquis la conformation et la consistance du fibrome. Les altérations inflammatoires de l'épithélium ont disparu (leucocytose, œdème, dislocation de l'épithélium malpighien, etc.). Sous la couche épithéliale régularisée, s'étend le véritable tissu de fibrome parsemé de mouchetures foncées qui correspondent au reliquat du sarcome primitif.

E, épithélium ; P, couche papillaire reconstituée ; F, tissu du fibrome : S, reliquat du sarcome.

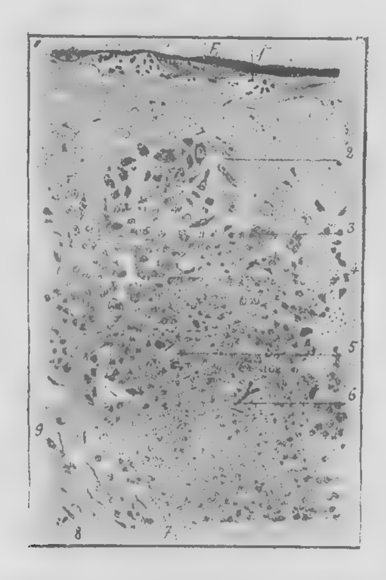


Figure 5. — Période du sarcome

Coupe de la tumeur pratiquée avant le traitement, examinée à un grossissement de 280 diamètres, et correspondant à la phase représentée par la photographie n° 1.

Au-dessous de l'épithélium creusé de minuscules abcès et de vésicules où desquament les cellules épithéliales, apparaît le tissu du sarcome dont on distingue les plasmodes et les capillaires sanguins embryonnaires.

La coupe représente la partie périphérique de la tumeur. On y peut suivre en partie la transformation du tissu conjonctivo-vasculaire normal en tissu sarcomateux.

E, épithélium ; 1, abcès miliaire reconnaissable à l'agglomération des polynucléaires ; 2, vésicule formée à la fois par l'écartement des cellules épithéliales modifiées et la dislocation de celles-ci ; 3, une des masses plasmodiales du sarcome ; 4, portion de la tumeur dissociée par l'hémorragie ; 5, capillaire sanguin embryonnaire ; 6, mince travée formée de tissu conjonctif n'ayant pas encore subi la transformation sarcomateuse ; 7, capillaire sanguin occupant la frontière du tissu conjonctif normal et du tissu sarcomateux. Le vaisseau sanguin est réduit à son endothélium, son adventice s'est transformé en tissu de sarcome, c'est-à-dire en un assemblage de plasmodes et de cellules embryonnaires étoilées, anastomosées entre elles et remplaçant les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques résorbés ; 8 et 9, cellules fixes du tissu conjonctif en voie d'hypertrophie sarcomateuse.

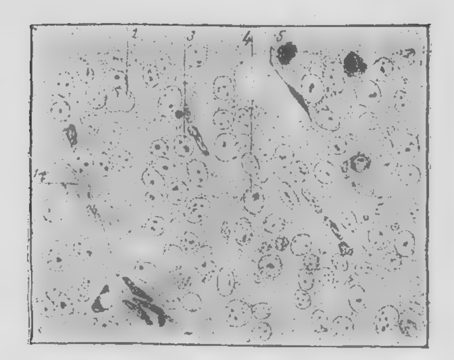


Figure 6. — Période du sarcome.

Coupe de la tumeur pratiquée avant le traitement, examinée à un grossissement de 800 diamètres, et destinée à en montrer les caractères cytologiques. L'examen a été pratiqué à la phase représentée par la photographie nº 1. On a choisi une partie du sarcome qui présente surtout une structure plasmodiale.

1, portion du tissu conjonctivo-vasculaire primitif conservant encore la structure fibreuse, n'ayant pas subi la métaplasie sarcomateuse ; 2 et 3, tissu de sarcome essentiellement formé par des plasmodes, c'est-à-dire des blocs protoplasmiques à noyaux multiples ; 4, point où le plasmode sarcomateux tend à se décomposer en cellules embryonnaires dont les épaisses expansions protoplasmiques se perdent dans les masses adjacentes ; 5, capillaires embryonnaires creusés en plein tissu plasmodial.

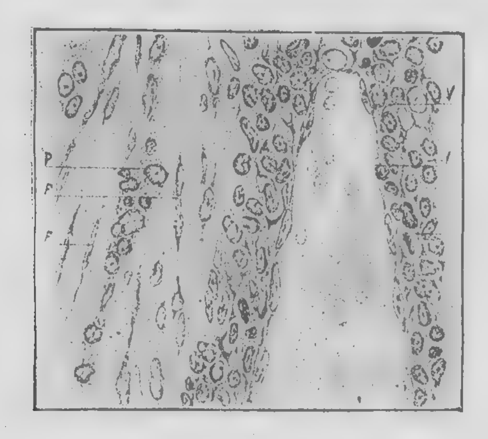


Figure 7. — Période du fibrome.

Coupe de la tumeur pratiquée à l'époque où celle-ci a acquis en grande partie la conformation et la consistance du fibrome. 80 jours après le début du traitement. Grossissement : 800 diamètres (photographie nº 3).

Le dessin représente une zone où le tissu sarcomateux reste surtout localisé autour d'un vaisseau sanguin (V). Avant le début de l'évolution fibromateuse, le tissu sarcomateux périvasculaire était exclusivement constitué par des plasmodes et des cellules embryonnaires anastomosés en un bloc protoplasmique

multinucléé, enrobant l'endothélium vasculaire (voir fig. 4). L'évolution fibromateuse s'accuse par l'apparition de faisceaux de fibrilles conjonctives (*f*), qui segmentent la masse protoplasmique commune du manchon sarcomateux.

A gauche du vaisseau sanguin, l'évolution fibromateuse est nettement accusée. Elle se caractérise : 1° par la métamorphose de la plus grande partie du protoplasma, des plasmodes et des cellules embryonnaires du sarcome en fibrilles de collagène (C) (fibrilles des faisceaux conjonctifs) ; 2° par une réduction proportionnelle du protoplasma des plasmodes et des cellules du sarcome ; 3° par l'atrophie des noyaux qui se contractent, s'écartent les uns des autres et s'organisent avec le reliquat du protoplasma qui continue de les entourer, en cellules conjonctives fixes ou fibroblastes (F).

En P, persiste un bloc protoplasmique multinucléé qui est un plasmode sarcomateux n'ayant pas encore subi l'évolution fibromateuse.

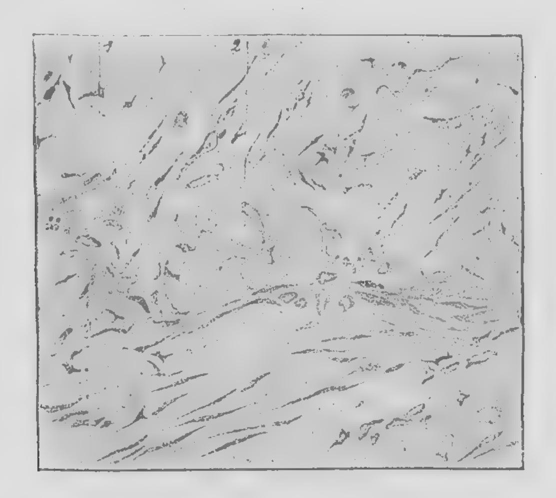


Figure 8. — Période du fibrome.

Coupe de la tumeur pratiquée à la période où celle-ci a subi l'évolution fibromateuse. Dessinée à un grossissement de 800 diamètres.

On a représenté une portion du néoplasme ayant la structure du fibrome pur.

Le protoplasma des plasmodes et des cellules sarcomateuses s'est transformé et condensé sous forme de faisceaux fibreux. Le reliquat des noyaux et du protoplasma sarcomateux s'est mué en fibroblastes.

1, portion du néoplasme dont la structure est celle du fibrome adulte, c'est-à-dire à texture fibreuse : cellules espacées, noyaux atrophiés, protoplasma très réduit ; 2, portion du néoplasme ayant la structure du fibrome jeune : cellules rapprochées, noyaux encore volumineux, protoplasma relativement abondant.

A la partie supérieure de la coupe apparaît un vaisseau sanguin réduit à l'endothélium sculpté en plein tissu fibromateux.

tamorphose d'un sarcome, tumeur maligne formée de tissu physiologiquement indifférencié, en un fibrome, tumeur bénigne constituée par du tissu conjonctif fibreux. Mais ce fibrome n'est-il pas appelé à persister et à s'accroître à son tour, à la façon de toute autre tumeur? Nous ne le croyons pas, car le néoplasme a été impressionné par le

rayonnement, de telle sorte que l'accroissement en est enrayé, au moins d'une façon temporaire.

Bien plus, tout nous porte à présumer que ce fibrome est destiné à diminuer progressivement de volume, les éléments cellulaires se contractant et s'atrophiant de plus en plus, pendant que le calibre de ses vaisseaux se réduira et que son tissu fibreux se condensera ; le fibrome deviendra finalement une plaque fibreuse cicatricielle à texture régulière, nivelée au reste de la muqueuse. Alors sera atteint le degré ultime du processus histologique qui ressortit à ce que l'un de nous a dénommé avec Barcat l'*action évolutive* du rayonnement du radium sur les tumeurs[1].

Cette observation et des cas similaires démontrent que le rayonnement du radium détermine la régression de certaines tumeurs malignes, non seulement en provoquant la cytolyse d'une partie de leurs éléments néoplasiques, mais en s'attaquant aux principes mêmes du développement de ces tumeurs, c'est-à-dire au dérèglement de l'évolution cellulaire, et nous aurons à revenir à maintes reprises sur ce phénomène d'ordre fondamental.

(*La Presse médicale*, du 30 janvier 1909.)

1. Dominici et Barcat. — « Action du radium sur le tissu conjonctivo-vasculaire. » *Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, mars 1908.

HYGIÈNE

PROTHÈSE DENTAIRE ET SERVICE MILITAIRE

Par M. Jean Monod,
Médecin-major de 2me classe,
Chef du service de Stomatologie de l'Hôpital Militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

I. — Les conditions d'aptitude physique actuelle ; pourquoi et comment elles devraient être modifiées, en généralisant l'usage de la prothèse.

L'instruction du 22 octobre 1905 sur l'aptitude physique au service militaire, déclare à l'art. 101 (altérations des dents).

L'exemption et la réforme ne peuvent être prononcées que si la mastication est difficile et incomplète, par suite de la perte ou de l'altération d'un grand nombre de dents ; et si le mauvais état de la denture s'accompagne de ramollissement, d'ulcérations et d'état fongueux des gencives.

D'autre part, au paragraphe 37° de la liste des infirmités compatibles avec le service militaire, nous trouvons mentionnée *la perte d'un grand nombre de dents, lorsque les gencives sont saines et que la mastication est suffisamment assurée.*

C'est une question d'appréciation de la part de l'expert.

Donc pas de règle absolue, si la mastication, quoique difficile et incomplète par suite de la perte ou de l'altération d'un grand nombre de dents, est cependant suffisamment assurée, l'homme est apte au service auxiliaire ; si le mauvais état de la dentition est compliqué d'altérations profondes des gencives, cela comporte soit l'exemption pour un conscrit, soit la réforme pour un soldat.

Nulle part, il n'est question, pour conserver ces hommes au service, de restaurer par la prothèse la fonction masticatrice compromise. Et pourtant dans d'autres cas la prothèse est d'un usage courant : *l'article* 77 expose les divers cas où la diminution de l'acuité visuelle pourra être corrigée par des lunettes, c'est-à-dire par une prothèse.

L'art. 161 admet aussi comme bons les porteurs de hernies, faciles à réduire et à maintenir réduites par un bandage, qui est encore une prothèse.

Le principe de la prothèse étant donc accepté dans certains cas, comment se fait-il que la prothèse dentaire n'ait été prévue nulle part ?

L'absence, à cette date dans l'armée, de toute organisation stomatologique, explique et excuse cette omission, qui mériterait d'être réparée, qui le sera sans doute lorsque des crédits suffisants auront permis d'étendre à toute l'armée les bienfaits de la thérapeutique bucco-dentaire.

J'ai déjà réfuté ailleurs[1] diverses objections soulevées contre la concession aux soldats d'appareils de prothèse dentaire, il ne sera pas inutile d'y revenir ici : elles se ramènent à trois principales :

Fragilité.

Inaptitude à faire campagne.

Prix de revient élevé.

1° *Fragilité.* — Sans doute les dents en porcelaine sont sujettes à se briser et aucun fournisseur ne voudrait les vendre garanties contre ce genre d'accident ; mais un appareil bien monté, avec des dents de bonne qualité peut faire un très long usage ; viendrait-il même à perdre une dent que dans la plupart des cas le porteur pourrait continuer à s'en servir. Et cet appareil, dans la cavité buccale, n'est-il pas moins exposé, quoiqu'incontestablement moins fragile, que les lunettes, portées devant les yeux, et dont la distribution se fait d'une façon courante?

L'objection perdra toute sa valeur si l'on a recours à des masticateurs tout en caoutchouc vulcanisé, dont je parlerai plus loin.

2° *Inaptitude à faire campagne des hommes munis d'une prothèse dentaire.* — Il y aurait certes inconvénient à mettre en route des sujets munis d'appareils fragiles ; mais puisqu'il y peut être paré au moyen de masticateurs, on ne voit plus pourquoi le soldat muni de cet appareil ne

1 *Revue de Stomatologie*, février et mars 1908.

ferait pas campagne, si le myope part avec ses lunettes, ou le hernieux avec son bandage. Et ce dernier, s'il perd ou brise ledit bandage, sera dans certains cas un véritable invalide, inutilisable, exposé parfois à de sérieux accidents ; on l'accepte pourtant au nombre des combattants.

L'édenté, s'il perd son appareil, en souffrira certainement, l'absorption des aliments lui sera rendue d'autant plus difficile que les troupes en campagne n'auront bien souvent qu'une nourriture grossière : mais ce ne sera pas un quasi-impotent au même titre que son camarade hernieux, ou que le myope s'il a brisé ou perdu ses lunettes ; le prix de revient des masticateurs est d'ailleurs si faible qu'on pourrait délivrer un appareil de rechange.

Il faut cependant reconnaître que pour les édentés complets ayant besoin d'appareils remplaçant toutes les dents, pour les sujets n'ayant conservé que très peu de dents rendant difficile par leur petit nombre et leur position défectueuse la rétention des appareils : ainsi que pour ceux chez qui une cause quelconque rendrait impossible ou trop coûteuse la confection d'un appareil, des mesures spéciales devraient être prises, afin, suivant le cas, de les classer dans le service auxiliaire, de les exempter ou de les réformer, comme inaptes à faire campagne.

3° *Prix de revient trop élevé.* — Cette troisième objection peut paraître bien plus valable. On est accoutumé en effet à voir payer assez cher les appareils qu'exécutent les laboratoires civils et l'on ne réfléchit pas que dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres, la main-d'œuvre, les frais généraux entraînent une forte dépense, la matière première (en dehors de l'or) n'étant pas fort coûteuse. Or dans l'armée, frais généraux et main-d'œuvre n'entrent pas en ligne de compte, et l'achat de la matière première avec des masticateurs sans dents de porcelaine, entraînera une dépense infime, nous le verrons plus loin.

Deux objections qui n'ont pas été faites encore et qui seraient pourtant les plus sérieuses sont les suivantes : Ne passera-t-on pas à préparer une bouche par la prothèse, un

temps tel qu'il soit plus avantageux d'éliminer l'homme ? et même, dans la négative, peut-on imposer à ce dernier les extractions de racines qui souvent sont indispensables ?

A la première question, je réponds qu'il est facile de réduire au minimum le délai avant la pose d'un appareil : les extractions doivent être faites très rapidement et avec méthode : soit dans une séance, sous anesthésie générale, soit en trois ou quatre séances rapprochées, par groupes de dents et sous anesthésie locale, en opérant successivement et dans des séances distinctes les deux maxillaires, de l'un, puis de l'autre côté de la bouche. Un mois à six semaines après ces extractions la prothèse peut être exécutée dans de bonnes conditions ; il n'y aura pas ici de dents à ajuster et les considérations esthétiques passant au second plan le masticateur pourra être pourvu de fausse gencive contribuant à la tenue, et parant en grande partie aux inconvénients de la résorption consécutive.

Si d'ailleurs celle-ci était trop considérable, la confection d'un nouvel appareil n'entraînerait que la dépense bien minime d'une feuille de caoutchouc.

Quant à la dernière objection, il me paraît que l'extraction de quelques mauvaises racines est, avec l'anesthésie, une opération trop bénigne et qui, jointe à la concession d'un masticateur offre pour l'intéressé trop d'avantages pour qu'on puisse hésiter à la lui imposer, alors même que, n'en comprenant pas l'utilité, il refuserait de s'y soumettre ; ce qui, si l'on use de douceur et de diplomatie, sera fort exceptionnel.

Si donc il est possible (et nous déterminerons dans quelles conditions), de munir nos soldats d'appareils robustes, peu coûteux, et permettant de faire campagne ; n'est-il pas désirable que cette pratique soit adoptée, et que soit généralisé à toute l'armée ce qui existe au Val-de-Grâce et qui donne, je le montrerai plus loin, d'excellents résultats ?

Les conditions d'aptitude physique devraient alors être modifiées et la nouvelle rédaction que voici remplacerait les articles que j'ai cités au début de ce travail.

Art. 101. L'exemption et la réforme peuvent être *excep-*

tionnellement prononcées, si la mastication est difficile et incomplète par suite de la perte ou de l'altération d'un grand nombre de dents et si ce mauvais état de la denture s'accompagne de ramollissement d'ulcération et d'état fongueux des gencives ; *mais seulement dans les cas très rares où la fonction masticatrice ne peut être restaurée par la prothèse et où les lésions des parties molles ne sont pas susceptibles de céder à un traitement approprié.*

La perte de toutes les dents ou de presque toutes les dents, lorsque celles qui subsistent ne sont pas susceptibles de fournir de bons points d'appui à des appareils, entraîne le classement dans le service auxiliaire si la fonction masticatrice peut être restaurée par la prothèse, l'exemption ou la réforme dans le cas contraire.

Quant au paragraphe 37° du titre V (Infirmités compatibles avec le service auxiliaire), il devrait être aussi modifié.

37° *La perte de toutes les dents ou de presque toutes les dents dans les conditions énoncées à la deuxième partie de l'article 101.*

II. — Conditions que devra remplir cette prothèse. Type d'appareil à adopter. Champ d'activité et rôle des laboratoires militaires.

La prothèse ainsi distribuée couramment devra, ai-je dit, être robuste, peu coûteuse, et capable de servir en campagne ; et ce sont les seules qualités qu'on en puisse exiger ; pourvu bien entendu qu'elle satisfasse à sa fonction, qui est de permettre une bonne mastication et partant une alimentation normale. Aucune condition d'esthétique ou de satisfaction personnelle ne doit entrer en ligne de compte, je l'ai dit dans l'étude précitée ; sans doute il faut faire aussi bien que possible, mais il est évident que si un appareil laid est celui qui concilie le mieux les intérêts de l'Etat et ceux de la santé de l'homme, c'est cet appareil qu'il faut, sans hésiter, délivrer ; les lunettes réglementaires ne sont-elles pas aussi simples que possible, solides, même un peu

massives, et ne rappelant que de loin les lunettes élégantes et fines que vendent les bons opticiens ? Le cas est exactement le même ici, et l'appareil simple et solide du soldat n'a pas à copier la prothèse élégante et coûteuse qu'exécutent les spécialistes civils.

Ces conditions de simplicité, de solidité et de bon marché sont faciles à réunir ; il suffit, comme je l'ai dit, d'adopter, en fait de prothèse courante, le masticateur en caoutchouc vulcanisé, d'une épaisseur suffisante, pourvu, s'il y a lieu, de renforts métalliques, et où l'on pare aux fractures possibles des dents en porcelaine, en supprimant celles-ci ; ce qui en outre aura l'avantage d'une grande facilité d'exécution, puisqu'il ne comporte ni ajustage sur la gencive, ni articulation de dents minérales avec les antagonistes.

Les termes seront aussi simples que possible : succions ordinaires, lamelles ou crochets en melchior. On pourra d'ailleurs et l'on devra viser à ce que ces appareils offrent une apparence aussi agréable qu'il se peut ; avec une couche de caoutchouc blanc, en sculptant approximativement la forme des dents antérieures, on obtient un aspect qui, s'il n'est pas élégant, n'a du moins rien de désagréable ou de choquant ; et ce n'est que dans les cas où la restauration qui précède n'est pas applicable qu'on devra recourir aux dents en porcelaine ou aux crochets et lames d'or.

Cette prothèse sera d'un prix de revient tout à fait infime, une fois installés des laboratoires militaires ; la main-d'œuvre ne coûtant rien, si l'on emploie les soldats dentistes ou mécaniciens, l'unique dépense consistera dans les quelques sous que valent le caoutchouc ou le melchior employés.

Un point enfin mérite d'attirer l'attention (bien qu'il ne soit que très secondaire et de ceux qui n'entrent pas en ligne de compte lorsqu'il s'agit de l'intérêt supérieur de l'armée), les spécialistes civils ne pourront que se réjouir en voyant adopter de semblables mesures, car, loin de leur faire concurrence, le service de stomatologie militaire deviendra ainsi leur pourvoyeur. Les hommes en effet qui se seront, au cours du service, habitués à l'usage d'un appareil,

une fois libérés, dès qu'ils en auront les moyens, voudront bien souvent se munir d'une prothèse aussi utile et plus élégante que celle de l'armée, et seront tout naturellement amenés à se rendre chez le dentiste civil.

En outre et à côté de la prothèse banale et strictement militaire, les laboratoires de l'armée ont d'autres champs d'activité:

1° Certaines catégories de militaires méritent des égards spéciaux et semblent avoir droit, s'ils ont perdu des dents, à une restauration non seulement utilitaire, mais aussi esthétique. Ce sont d'abord, quelque échelon qu'ils occupent dans la hiérarchie, tous ceux chez qui la perte des dents est imputable au service, et à ceux-là l'Etat doit évidemment une prothèse qui, sans être trop coûteuse, soit très bien faite et simule le mieux possible la nature ; quand bien même elle n'aurait qu'un but esthétique, et ne serait pas nécessaire à la mastication.

2° On en peut dire autant des militaires professionnels, sous-officiers, gendarmes et rengagés divers, serviteurs fidèles et modestes, qui après un certain nombre d'années de service, méritent bien, entre autres égards spéciaux, que l'Etat fasse pour eux la dépense nécessaire et d'ailleurs peu élevée qui permettra de réparer les lacunes de leur dentition, en leur accordant la satisfaction de posséder un appareil aussi beau que celui qu'ils auraient pu faire faire chez un praticien civil, en grevant d'une dépense appréciable leur médiocre budget.

Le rôle des laboratoires militaires ne se bornera pas là : même dans le temps de paix, les lésions ou mutilations de la face par coup de feu ; les traumatismes divers par coup de pied de cheval ; les perforations du palais, les nécroses de diverses origines, les fractures de deux maxillaires, bien d'autres affections encore ; des interventions chirurgicales diverses locales, ou générales, sont souvent justiciables de la prothèse immédiate ou tardive, à laquelle on aurait plus souvent recours dans bien des cas, si elle était à portée.

(A suivre.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ART DE PARLER AU GRAND PUBLIC

Monsieur le rédacteur,

Il m'en arrive une bien désagréable, dont je me permets de vous faire confidence.

Voici la chose : Je vois dernièrement arriver chez moi le père d'un de mes clients : « Monsieur, me dit-il, j'ai une dent qui s'abîme que je désire vous prier de traiter ; je suis très pusillanime, cependant je viens en toute tranquillité, car je sais que vous ne me ferez aucun mal. » Je m'incline modestement et, mon patient assis, je dresse l'inventaire de sa bouche ; je lui signale, en passant, l'utilité future d'extraire quelques chicots absolument inutilisables. Mais voilà que, jusque-là très aimable, il change de ton à ce moment, et me dit à peu près textuellement : « Ah mais non ! ce n'est pas à moi qu'il faut raconter ça ; je sais bien qu'il n'y a jamais plus besoin d'arracher les racines, on les conserve : je l'ai lu, ce matin même dans mon journal. »

Tant soit peu déconcerté, je réserve la question et arrive à la dent à traiter, une deuxième prémolaire inférieure atteinte d'un deuxième degré du collet.

Jaloux de justifier la confiance de mon patient, je lui fais, selon la technique bien réglée, une injection en vue d'analgésier la dentine ; peine perdue, celle-ci reste hypersensible : c'était un échec, comme on en a encore trop souvent, hélas, pour les dents inférieures. Aussi, armé seulement des petits moyens *de lutter contre la sensibilité de la dentine, j'aborde la cavité.*

Je comptais sans mon hôte qui, au premier contact de la rugine, se lève furieux du fauteuil : « N'êtes-vous donc pas, me dit-il, un dentiste habile et instruit, ainsi qu'on me l'avait affirmé ? J'ai vu, imprimé dans mon journal, que les dentistes habiles et instruits *extirpent même les nerfs sans que leurs clients manifestent le moindre signe de souffrance. Mais prenez donc ce journal, il vous instruira ; quant à moi, adieu, je vais, de ce pas, me faire soigner par Celui qui promet de tels miracles. Je sais bien qu'il a oublié de donner son adresse, mais je n'ai qu'à ouvrir le Bottin pour la trouver. »*

Resté seul avec le journal, un grand journal à six pages, je tombe de mon haut en voyant un article de 250 lignes au moins, signé d'un confrère qui, mensuellement, fait part de son « désabusement » aux 3000 abonnés malgré eux d'un organe à teinte bilieuse aux destinées

duquel il préside ; jadis il fut, pendant un temps, l'apôtre de l'anesthésie générale ; mais depuis, il semble avoir mis de l'eau dans son chlorure d'éthyle, devenu inutile, puisque jamais, jamais, jamais il n'arrache : il guérit toujours.

Ce confrère, qui affirmait naguères que la collation de son titre de docteur fut le plus grave accident de sa vie, n'avait pas omis d'accoler à son nom ce titre néfaste. Comme il a dû souffrir !

Après une introduction très élogieuse où il était question de la compétence bien connue en science dentaire de l'auteur de l'article, et où on le disait professeur à l'Ecole (sic) — *l'école commerciale, sans doute ?* — *l'article commençait, et, pendant deux colonnes, il se déversait un torrent d'affirmations d'un absolutisme bien tentant, d'un optimisme vraiment alléchant pour le* « public de la grande presse ». *Voici d'ailleurs quelques citations. Pour tous :* « les dents, aussi détériorées qu'elles soient, peuvent être restaurées en totalité. C'est là une vérité absolue... » *Ailleurs, un couplet pour les femmes :* « Nombre de jolies femmes, dont chacun admire la dentition [1], ont, dans les dents antérieures d'importants fragments de porcelaine si bien ajustés, et si complètement assortis de teinte, que l'œil le plus malicieusement indiscret est incapable de les découvrir... » *Pour les peureux :* « Les dents, aussi sensibles qu'elles soient, peuvent être traitées sans aucune douleur, etc..., etc... » *Où donc ? que j'y courrrre ??! a dû se dire le* « public de la grande presse ». *Je reconnais que l'auteur ne parlait pas de « dentier laissant le palais entièrement libre » ni d'opérations en musique ; non, c'était beaucoup mieux fait.*

Je ne puis que m'étonner du nouvel avatar de ce confrère, qui n'est cependant plus à les compter, lui qui se montrait jadis si chatouilleux sur la question de la réclame, qu'il n'hésitait pas à provoquer, pour de moindres faits, des assemblées générales. Je sais bien qu'il peut dire que l'homme absurde est celui qui ne change pas. Qu'il est donc loin d'être absurde, à ce prix !

Ne trouvez-vous pas, monsieur le Rédacteur, que lorsque c'est bien l'éducation du public que l'on veut faire, il doit y avoir la manière, *et qu'alors on laisse la parole aux groupements professionnels ; ne vous semble-t-il pas que dans le cours à l'usage des clients éventuels, publié par le journal politique en question, le correspondant occasionnel de cette feuille a surtout adopté la manière personnelle.*

Mais poser la question, c'est la résoudre. Certains champions de l'intérêt général sont loin de s'oublier ; « l'art dentaire à moi, par moi, pour

---

1. Je crois rendre service à l'auteur de l'article, chez qui la lecture des autres provoque parfois des crises de purisme linguistique, en lui signalant ce petit extrait :

« Ne dites pas : une belle dentition pour une belle denture. » Littré et Beaujean. *Dictionnaire de la Langue française.*

moi », telle est la devise qu'ils pourraient adopter, variante d'une autre devise d'invention récente.

JEAN CHICOT,
Rue des Couronnes.

A quels faits Jean Chicot fait-il allusion ?

C'est évidemment à un article paru dans un nouveau journal politique « *Les Nouvelles* » (53 *bis*, rue de Châteaudun, n° du 21 avril 1909). article intitulé : *A propos du mal de dents* et signé du docteur E. Friteau.

Ce qui ajoute au piquant de l'aventure, c'est que M. le docteur Friteau est un des gros bonnets d'un Syndicat qui, *à l'usage de ses membres ordinaires*, a fait faire une brochure de propagande, intitulée : CONTRE-RÉCLAME.

Nous nous contenterons comme conclusion de reproduire les dernières lignes de cette brochure, fort bien faite d'ailleurs, et nous laisserons au lecteur le soin de tirer la morale de l'histoire.

« *Méfiez-vous des dentistes qui font de la réclame : ils cherchent à attirer par ce moyen une clientèle que leurs médiocres talents n'ont point su faire venir.*

» *Le bon dentiste ne fait pas de réclame et n'encombre pas les journaux de sa bruyante personnalité ; il sait fort bien que son travail est la meilleure de toutes les réclames.*

» *Adoptez comme règle de conduite l'axiome suivant :*

» En art dentaire, et en général dans toutes les professions libérales, la confiance qu'il faut accorder à un praticien est en raison inverse de la quantité de réclame qu'il fait. »

N. D. L. R.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

Berlin (23 au 28 aout 1909).

Comité Français de Propagande.

Nous invitons instamment les confrères français désireux de participer au Congrès à nous adresser leur adhésion le plus tôt possible, en nous faisant connaître le titre des communications qu'ils pourraient avoir à présenter ou des démonstrations ou présentations qu'ils désireraient faire.

Nous les informons en même temps que nous sommes chargé par le Comité d'organisation de recouvrer le montant des cotisations ; nous ferons donc encaisser celles-ci très prochainement.

Nous tenons des programmes provisoires du Congrès à la disposition de nos confrères.

Nous publions ci-après une première liste d'adhérents :

MM.

Amoëdo, Paris.
Barden, —
Blatter, —
Bouchard, —
Brigiotti, —
Brun, Lille.
Burth, Paris.
Choquet, —
Dr Cœylas, —
Cournand, —
Davenport, —
Debray, St-Germain.
Delair, Paris.
Du Bouchet, —
Francis Jean, —
Dr Frey, —
Geoffroy, —
Dr Godon, —
Harwood, Lyon.
Hugot, Paris.

MM.

Kritchewsky, Paris.
Levett, —
Machtou, —
Dr Martin Cl., Lyon.
Dr Martin F. —
Morineau, Paris.
Platschick, —
Renhold, —
Rollin, —
Roussel G., —
Dr M. Roy, —
Dr Siffre, —
Smadja, Boulogne-sur-Seine.
Smith, Paris.
Sokolow, —
Viau, —
Vichot, Lyon.
Villain. G., Paris.
Villain H., —

Le Président,
Francis Jean,
35, rue Tronchet.

LA FÊTE DU TRENTENAIRE

UNION 1879 — **22-23-24 mai 1909** — PROGRÈS 1909

FÊTE COMMÉMORATIVE

DU

Trentenaire des premières Sociétés dentaires françaises

ET DE LA

Création de l'Enseignement dentaire

ET A L'OCCASION DE LA

Réforme des Études odontologiques

Avec le concours de la Fédération dentaire nationale et des Sociétés adhérentes.

Sous la présidence d'honneur de :
MM. le Président du Conseil des Ministres, Ministre de l'Intérieur,
le Ministre de l'Instruction publique,
le Ministre du Commerce et de l'Industrie,
et sous la présidence effective de M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, membre de l'Académie de médecine, assisté de MM. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, Gariel, membre de l'Académie de médecine, E. Chautemps, sénateur, Desplas, Dubief, Iriart d'Etchepare, Steeg, César Trouin, députés, Dourgnon, maire du 9e arrondissement de Paris, et des membres du Comité de Patronage de l'Ecole[1].

La fête du trentenaire dont nous avons publié le programme dans notre dernier numéro s'annonce comme devant avoir un grand succès tant par l'éclat des fêtes que par l'intérêt des réunions scientifiques qui auront lieu à cette occasion. Aussi de nombreux confrères, dont nous publions plus loin une première liste, ont-ils déjà envoyé leur adhésion à la fête. Nous constatons avec plaisir que déjà un certain nombre de dames ont bien voulu répondre à l'appel du comité d'organisation, nous serons particulièrement heureux de leur présence à nos fêtes dont elles seront le gracieux ornement et dont elles feront ressortir le caractère de bonne union confraternelle.

---

1. Ce Comité est constitué par les présidents et les vice-présidents des séances de réouverture des cours et par les personnalités qui se sont intéressées spécialement à l'Ecole dentaire de Paris.

Il convient en effet que, dans un commun sentiment de gratitude, les dentistes viennent s'unir dans ces fêtes pour célébrer le trentenaire de nos sociétés professionnelles qui, en créant l'enseignement dentaire en France, ont donné à notre chère profession la situation qu'elle occupe déjà dans le monde et qui s'accroîtra encore davantage avec les réformes apportées aux études dentaires par le décret du 11 janvier 1909, réformes qui seront fécondes en heureux résultats et que nous fêterons aussi le 22 mai.

La Fédération dentaire nationale avec ses sociétés adhérentes a tenu à donner son concours à cette grande fête confraternelle, et nous sommes particulièrement heureux de noter aussi l'adhésion de la SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE FRANCE et celle du CERCLE ODONTOLOGIQUE DE FRANCE qui en cette occasion se sont joints à notre ASSOCIATION GÉNÉRALE, réalisant ainsi dans cette fête de l'Art dentaire français l'union de toutes les sociétés qui poursuivent un but de progrès désintéressé.

Mais signalons également l'adhésion de la FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE BELGE qui a tenu à apporter le témoignage de sa sympathie aux dentistes français et a désigné une délégation pour assister à notre fête.

Que tous nos confrères viennent donc en grand nombre au banquet du 22 mai et aux fêtes et réunions qui suivront : les aînés y célébreront le chemin parcouru depuis l'époque où les dentistes constituaient leurs premiers groupements; les jeunes confrères viendront se grouper autour de leurs aînés et leur montreront qu'à leur tour ils sauront travailler au progrès de nos institutions professionnelles pour le plus grand bien de l'Art dentaire français, c'est un devoir qu'ils tiendront tous à honneur de remplir.

Adhésions reçues à ce jour.

MM. Amoëdo.
Barden.
Barrié.
Bayer.
Billet.
Bioux.
Blatter.
Mme Blatter.
MM. Blocman.
Bouillant.
Bruschera.
Carré.
Cecconi père.
Cecconi fils.
Cernéa.
Crocé-Spinelli.
Mme Crocé-Spinelli.

MM. Darcissac.
J. d'Argent.
Mme J. d'Argent.
MM. Delair.
Delaplanche.
Mme Delaplanche.
MM. Desforges.
Desgrez (Prof.).
Devoucoux.
Doucedame.
Drain.
Dreyfus.
Ferrand.
Mme Ferrand.
MM. Fié.
Fouques.
Frey.

MM. Geoffroy.
Girard fils.
Godon.
Mme Godon.
MM. Grimaud.
Heidé père.
Mme Heidé.
MM. Heidé fils.
Francis Jean père.
Francis Jean.
Mme Francis Jean.
M. Jouard.
Mme Jouard.
MM. Julien.
de Kirsch
Lagarrigue.
Lalement.

MM. Lannois.
Lanos.
Ledé.
L. Lemerle.
Levett.
Mlle Levett.
M. Loup.
Mme Loup.
Mme Mesureur.
Mlle Mesureur.
MM. Mousis.
Miégeville.
Monnin.
Morineau.
Péré.
Pinet.

MM. Poggioli.
Poulet.
Rebel.
Mme Rebel.
MM. Renhold.
Richaume.
Roy.
Mme Roy.
MM. Robin (G.).
Rollin.
Mme Rollin.
MM. Rozenberg.
Ruppe.
Siffre.
Smadja.

MM. Staviski.
Sauvez (E.).
Tacail.
Touchard.
Thomas.
Touvet-Fanton.
Tzanck.
Vanel.
Vérité.
G. Viau.
L. Viau.
Mlle Viau.
MM. G. Villain.
H. Villain.
Mme H. Villain.

NÉCROLOGIE

A. W. HARLAN

Alison Wright Harlan naquit à Indianopolis (Indiana) le 15 novembre 1851. Il était le fils d'Austin B. et d'Elisabeth L. Harlan. Il reçut sa première instruction dans les écoles publiques de l'Etat d'Indiana. De 1867 à 1869, il étudia la dentisterie chez Kilmore et Helms à Indianopolis et commença à exercer à Chicago en 1869. Il fut gradué plus tard D. D. S. par l'Ecole de chirurgie dentaire de l'Ohio (1880) et docteur en médecine par l'Ecole de médecine Rush de Chicago. Son grade de maître ès arts lui fut conféré par le collège Darmouth.

Harlan, outre ses qualités marquantes de praticien actif et progressiste, comptant une nombreuse clientèle, s'intéressait vivement à tout ce qui touchait au progrès et au développement de sa profession et joua un rôle important en matière d'enseignement, de littérature, de législation et de science dentaire. Il fut un des fondateurs de l'Ecole de chirurgie dentaire de Chicago (1883) et professeur de thérapeutique et de matière médicale dans cette institution depuis sa fondation jusqu'à 1904. Il était professeur de chirurgie dentaire à l'Ecole de médecine et de chirurgie de Chicago et eut une chaire aussi à l'Ecole de médecine Rush. Il fut l'un des fondateurs de la *Dental Review* et en fut le rédacteur en chef de 1887 à 1902; il était membre du premier jury d'examinateurs dentaires de l'Etat d'Illinois.

Sa grande activité, sa compétence en matière professionnelle et ses capacités comme organisateur le firent désigner par ses confrères pour l'organisation du deuxième Congrès dentaire international (Chicago, 1893), premier Congrès dentaire international tenu en Amérique; il en fut nommé secrétaire général. Il avait pris part au premier Congrès dentaire international tenu à Paris pendant l'Exposition de 1889 et où il fit plusieurs communications. Il était l'un des délégués du Gouvernement américain au troisième Congrès dentaire international, Paris, 1900; délégué également à la section odontologique du Congrès des sciences médicales de Madrid, 1903; délégué enfin au quatrième Congrès dentaire international (Saint-Louis, 1904).

Il fut l'un des fondateurs de la F. D. I. créée à Paris à la suite du Congrès de 1900 et membre du Conseil exécutif de cette organisation, aux sessions successives de laquelle il assista dans les diverses

parties de l'Europe et en Amérique. Il se proposait d'assister au Congrès dentaire de Berlin.



A. W. Harlan.

Harlan était un écrivain fécond ; ses écrits portaient principalement sur la pathologie, la matière médicale et la thérapeutique. On lui doit beaucoup de procédés thérapeutiques et l'introduction de divers médicaments et de préparations pharmaceutiques. Ses écrits se distinguaient par un esprit de recherche minutieuse et la connaissance

parfaite de la littérature des sujets qu'il traitait. Comme professeur, il était précis et complet et ses conclusions étaient toujours défendues avec compétence par lui, parce qu'il possédait parfaitement son sujet. Il était un des principaux collaborateurs de *L'Odontologie*.

Il s'intéressait vivement aux travaux des Sociétés professionnelles et était toujours disposé à faire des communications écrites ou des démonstrations pratiques aux Sociétés dont il faisait partie, au nombre d'environ 25.

Harlan se maria deux fois : la première avec Elisabeth M. Muirson, de l'Illinois (1870) ; la seconde avec Marie E. Gallup, à New-York en 1902. Il est mort à New-York le 6 mars 1909 d'une hernie et de complications résultant d'une chute accidentelle. Il laisse une femme et de grands enfants. Ses funérailles ont eu lieu à New-York, où il habitait depuis quelques années, le 9 mars au cimetière Kensico.

NOUVELLES

Nomination.

Nous avons le plaisir d'apprendre que Mme Letierce-Doré, femme de M. Letierce, ex-démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a été nommée chirurgien-dentiste inspecteur des écoles normales et du Lycée de jeunes filles de Moulins et dentiste des écoles communales de Vichy.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. Marcel Berthoumieu, chirurgien-dentiste, avec Mlle Wilhelmine Pillier, célébré le 29 avril 1909, et le mariage de M. Jean Cernéa, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Annie Alexandre.

Nous adressons nos félicitations aux jeunes époux.

TRIBUNE OUVERTE

QUESTIONS ET RÉPONSES

? No 1. — *Quel est le procédé à employer pour obtenir une bonne cire à modeler d'une assez grande dureté, c'est-à-dire pouvant résister à une température assez élevée.* H. P.

☞ *Réponse.* — Ajouter à la cire un tiers de paraffine.

GROUPEMENT

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

et de l'Association générale des Dentistes de France.

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

N° 246. — On demande un opérateur pour Paris.
N° 247. — On demande un bon premier mécanicien pour Paris.
N° 253. — Premier opérateur ayant pour spécialité les inlays et les bridges est demandé pour Paris.
N° 255. — On demande un opérateur-mécanicien dans le Sud de la France.
N° 257. — Une place de mécanicien est offerte au Havre.
N° 258. — Un chirurgien-dentiste parisien a besoin d'un apprenti.
N° 260. — Opérateur demandé par un chirurgien-dentiste parisien.
N° 261. — Opérateur-mécanicien demandé pour l'étranger.
N° 262. — Opérateur demandé pour la région provençale.
N° 263. — Opérateur-mécanicien demandé en Algérie pour cession ultérieure de cabinet.
N° 264. — Mécanicien demandé à Lille.
N° 248. — Dame opérateur demande place pour Paris.
N° 249. — Chirurgien-dentiste demande place pour Paris (après-midi).
N° 250. — Opérateur demande place à proximité de l'Ecole dentaire de Paris.
N° 252. — Opérateur demande place avec promesse de vente en province.
N° 254. — Opérateur D. F. M. P., D. E. D. P. demande place province.
N° 265. — Opérateur D. F. M. P. demande place Paris.
N° 266. — Opérateur demande place Paris.
N° 269. — Cabinet à vendre, grande banlieue de Paris. Chiffre d'affaires : 18.000 francs ; bonnes conditions de vente.
N° 270. — On désire acheter un cabinet à Paris faisant 50.000 fr. d'affaires.

NOTA. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

29e ANNÉE. N° 10 30 MAI 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

EXTRACTION PAR LA BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE DE DENTIERS TOMBÉS DANS L'ŒSOPHAGE ET LES BRONCHES

Par M. GUISEZ (de Paris),

Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Chef de travaux d'oto-rhinolaryngologie à l'Hôtel-Dieu.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 2 mars 1909.*)

Vous savez aussi bien que moi que les dentiers que vous posez dans la bouche de vos patients peuvent être avalés *pendant le sommeil naturel,* un grand nombre de personnes s'obstinant à les garder dans la bouche la nuit, au lieu de les enlever.

D'autres fois il s'agit *d'accidents chloroformiques :* les pièces dentaires, si l'on n'a pas pris la précaution de les faire enlever, peuvent être avalées durant et après la période d'anesthésie.

Le corps étranger dégluti passe généralement dans les voies digestives, suivant les voies naturelles, pénètre dans l'estomac, les intestins et peut être expulsé spontanément. Mais fréquemment il s'arrête dans la seconde portion du tube digestif, dans l'*œsophage.*

L'accident est généralement fâcheux, car non seulement toute déglutition est entravée lorsqu'il s'agit d'un volumineux corps étranger comme un dentier, mais en outre il ne tarde pas à déterminer par sa présence des *phénomènes in-*

flammatoires de périœsophagite avec production rapide de phlegmon médiastinal ou cervical à forme tout à fait grave.

D'autres fois, le corps étranger de moindre volume, en particulier les pièces isolées ou les dents au moment de leur extraction, surtout les grosses molaires, les dents de sagesse que l'on enlève à langue de carpe, peuvent très bien tomber dans le larynx et, par la glotte béante, au moment d'une inspiration pénétrer *dans les voies aériennes*. L'accident est arrivé un certain nombre de fois et est signalé dans tous les traités de pathologie. La dent qui glisse ainsi accidentellement peut tomber dans la trachée, puis dans l'une des bronches, généralement la droite (1 fois sur 4), et, comme il s'agit d'un corps étranger septique il ne tardera pas à déterminer des phénomènes bronchiques et pulmonaires graves (bronchite, broncho-pneumonie, abcès du poumon, pleurésie purulente).

L'indication de toujours enlever le plus rapidement possible les corps étrangers se pose donc d'une façon tout à fait nette.

Or, jusqu'à présent la thérapeutique était bien désarmée en pareil cas. Les interventions portant sur l'œsophage cervical sont très graves, puisque la mortalité des œsophagotomies externes atteint 25 à 30 o/o suivant les statistiques. On n'a guère tenté avec succès d'intervenir sur l'œsophage thoracique et les bronches, et les opérations sur le médiastin ont fourni une mortalité de 100/100. Or il est particulièrement fréquent de voir les dentiers s'arrêter au niveau du cardia (trois fois sur cinq dans nos observations).

Les manœuvres internes faites à l'aveugle avec des crochets, pinces, si elles donnent quelques résultats dans les cas des corps étrangers lisses (pièces de monnaie), doivent toujours être sévèrement proscrites lorsqu'il s'agit de corps étrangers avec aspérités, dentiers, etc.

Nous désirerions vous entretenir d'une méthode toute nouvelle que nous avons été le premier à appliquer en France et qui nous a permis d'extraire jusqu'à présent 38 corps

étrangers de l'œsophage, dont quatre dentiers et seize corps étrangers des bronches.

Il s'agit de l'*œsophago-bronchoscopie,* qui, à l'aide d'une instrumentation spéciale, permet l'exploration de tout l'intérieur de ces conduits.

Lorsque la tête est dans l'extension, les axes de la bouche, du pharynx et de l'œsophage, d'une part, se présentent dans une direction rectiligne, ceux de la bouche du larynx et de la trachée, d'autre part, sont également situés suivant une même droite. Des tubes rectilignes à l'extrémité desquels la vision est possible grâce à un système d'éclairage pourront donc être introduits dans ces conduits. Quant aux bronches de 1[er] et de 2[e] ordre elles épouseront très bien, étant mobiles dans le thorax, la direction d'un tube introduit à l'intérieur ; *tel est le principe de la trachéo-broncho-œsophagoscopie.*

L'instrumentation se compose de tubes brillants à leur intérieur, munis d'un entonnoir à leur extrémité proximale, émoussés à leur extrémité distale. Ils sont introduits avec

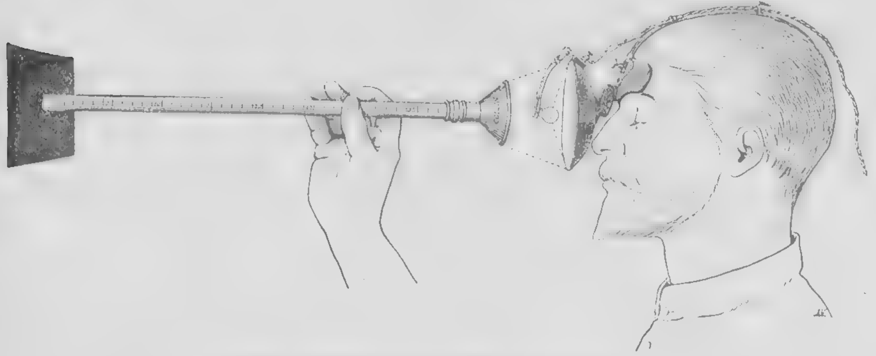


Fig. 1. — Tube œsophagoscopique et éclaireur de Guisez

ou sans mandrin en gomme (V. fig. 1) : Ils sont de différentes dimensions suivant l'axe, le sexe, la taille du malade.

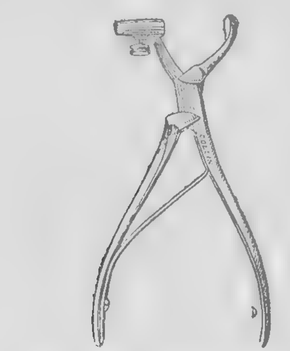
L'appareil d'éclairage dont nous nous servons est fixé sur le front, c'est un miroir de Clar à long foyer, qui envoie les rayons lumineux à l'intérieur du tube (V. fig. 1).

L'instrumentation est complétée par des pinces à articulation terminale, destinées à agir à l'extrémité des tubes, des porte-cotons, pompe aspirante à salive, etc. (V. fig. 3).

Au point de vue *technique* l'intervention se pratique sous cocaïnisation locale à 1/20 lorsqu'il s'agit d'un adulte. Chez



Fig. 2. — Eclaireur broncho-œsophagoscopique de Guisez.



Pince avec manche universel.



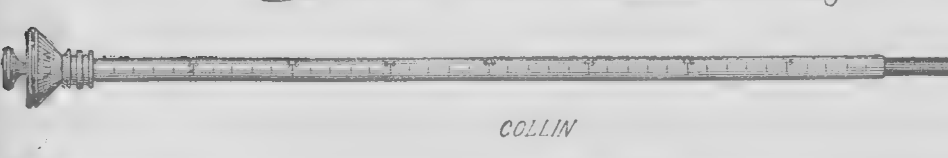


Fig. 3. — Tube œsophagoscopique.

les enfants et les sujets nerveux la chloroformisation est toujours nécessaire.

Maintenant nous opérons toujours en position dite de

Röse, la tête pendante en dehors du plan du lit et maintenue par un aide. L'anesthésie locale ou générale étant obtenue, on introduit, sous le contrôle de la vue, le tube dans la bouche, le pharynx, puis on arrive à l'entrée de l'œsophage dont on reconnaît l'extrémité supérieure, ou *bouche*, rien n'est plus facile que de pénétrer avec le mandrin en gomme à l'intérieur de l'œsophage et d'explorer tout son intérieur jusqu'au cardia.



Fig. 4. — Œsophagoscopie. Position couchée.

Si l'on veut pénétrer dans le larynx et la trachée, il convient de reconnaître tout d'abord l'épiglotte, de la relever avec l'extrémité du tube ou d'une spatule spéciale, on a ainsi sous les yeux la glotte. Profitant d'une inspiration, il est facile de la franchir et d'arriver dans la trachée, cocaïnant de proche en proche pour éviter les réflexes, on ne tarde point à apercevoir la bifurcation bronchique.

On peut pénétrer soit dans la bronche droite, soit dans la bronche gauche suivant que l'on présume que le corps

étranger est dans l'un ou l'autre de ces conduits. On peut même pénétrer dans les bronches de deuxième et de troisième ordre. C'est ainsi qu'il nous a été donné d'extraire des corps étrangers de la deuxième et de la troisième ramification bronchique[1].

Dans les observations suivantes il s'agissait de dentiers enclavés dans l'œsophage, que nous avons pu extraire avec succès, et l'opération a été suivie de la guérison rapide du malade.

Observation I. — *Dentier extrait de l'œsophage.*

Une femme de quatre-vingts ans portait depuis trente ans, sans l'avoir jamais retiré, un dentier, lorsque le 21 mars 1906 dans la nuit, elle l'avale en dormant. Réveillée par une douleur aiguë dans la gorge, elle appelle sa femme de chambre, qui se rend compte de l'accident, essaie de prendre dans la gorge le dentier sans pouvoir l'atteindre, il était déjà plus bas. Le médecin de la famille appelé ne peut que se résoudre à la même constatation. Toute manœuvre externe ou interne avec la pince ou les doigts échoue invariablement.

La malade accuse une très vive douleur à la partie supérieure du cou, principalement à droite. La déglutition le lendemain est presque impossible, même pour les liquides.

Le docteur Adler, consulté au sujet d'une intervention chirurgicale possible dans la matinée du lendemain, juge utile de recourir à la nouvelle méthode de l'œsophagoscopie et nous appelle en consultation.

Nous voyons la malade à cinq heures du soir. Après une légère anesthésie sous chloroforme, elle est placée sur la table d'opération la tête déclive soutenue par un aide dans la position de Röse. La langue est tirée hors de la bouche.

Nous nous munissons de notre tube œsophagoscopique de 12 millimètres et de 30 centimètres, et après l'avoir chauffé, nous l'introduisons directement dans le pharynx et cherchons l'orifice supérieur de l'œsophage. Notre tube est à peine introduit de quelques centimètres dans l'œsophage, que nous distinguons nettement le dentier en question. Il est accroché en arrière du bord inférieur du cricoïde, et les deux crochets tournés en avant sont enfoncés dans la paroi de l'œsophage et contribuent à l'enclaver.

La paroi de l'œsophage saigne au pourtour des arêtes vives que présente ce corps étranger.

---

1. Voir *Annales des maladies du nez, oreilles, larynx,* déc. 1906, nov. 1908 ; *Presse médicale,* déc. 1903, juillet 1906, etc.

Avec notre crochet à articulation terminale, nous dégageons les crochets, repoussons le dentier.

De lui-même pour ainsi dire, il s'énuclée de sa fâcheuse position. Nous munissant de notre pince à griffe, à articulation terminale, nous l'extrayons avec la plus grande facilité en même temps que nous enlevons le tube. L'intervention, faite en présence des docteurs Adler et Arago, n'avait duré que deux ou trois minutes.

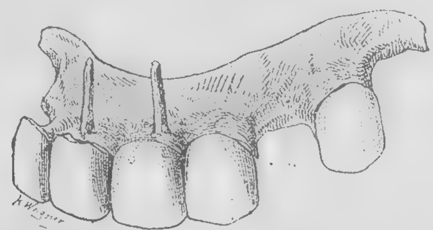


Fig. 5. — Dentier enlevé par œsophagoscopie chez une femme de 80 ans.

Les suites opératoires ont été des meilleures; la malade, malgré son grand âge, a très bien supporté le chloroforme; aucun signe de congestion ni aucune élévation de température les jours suivants.

Observation II. — *Dentier extrait de l'œsophage par œsophagoscopie. Guérison.*

La nommée Ch..., habitant Commentry (Allier), nous est adressée par M. Infroit, radiographe de la Salpétrière, qui a constaté après radioscopie et radiographie la présence d'une tache sombre au tiers moyen de l'œsophage.

La malade est en effet venue à Paris, envoyée par son médecin, qui après de nombreuses tentatives n'a pu extraire un dentier qu'elle a avalé pendant son sommeil.

Tout ce qu'elle a observé, dit-elle, après les manœuvres qu'on a faites dans son pays, c'est-à-dire l'introduction de sondes, de bougies, de panier de Græfe, c'est que la gêne qu'elle ressentait d'abord à l'entrée de l'œsophage est actuellement localisée à la partie inférieure du cou.

La malade, depuis trois semaines qu'est arrivé l'accident, n'a pu se nourrir que de liquides. Le lait passe avec peine. Elle accuse une douleur assez vive au-dessus du creux épigastrique, mais aussi à la base du cou :

1° L'examen œsophagoscopique, fait le 26 juin 1907 à notre clinique de la rue de Chanaleilles sous cocaïne et dans la position assise, nous permet de voir le dentier vers le tiers inférieur de l'œsophage; il est enclavé par ses deux extrémités, et un de ses crochets nous semble fixé dans la paroi gauche de l'œsophage.

Agissant sous la vue, nous parvenons à l'aide de crochets et de

pinces à dégager ses deux extrémités, à le désenclaver et nous le ramenons vers l'orifice supérieur de l'œsophage.

Mais, étant donné la position du malade, il retombe vers le cardia. L'examen endoscopique nous avait fait voir également l'existence d'une plaie contuse à la partie moyenne de l'œsophage, reliquat des manœuvres faites antérieurement pour enlever le corps étranger. La malade étant très fatiguée et, pour ne pas prolonger la séance, nous remettons la séance au surlendemain.

2° Opération faite sous chloroforme, tête pendante. Nous introduisons un tube de 13 et de 40, nous constatons la présence du dentier un peu au-dessus du cardia. Il existe du spasme de la partie inférieure de l'œsophage qui le fixe et l'empêche d'être mobilisé. Avec la cocaïnisation locale nous faisons cesser ce spasme, attendons quelques minutes et le dentier se désenclave, pour ainsi dire, spontanément.

L'extraction avec la pince est des plus aisées. Nous le retirons lentement, progressivement en même temps que le tube.

La guérison est complète sans aucune complication.

Observation III. — *Volumineux dentier extrait de l'œsophage par œsophagoscopie.*

Un malade de Lille, âgé de 40 ans, a avalé dans la nuit du 31 janvier au 1er février 1908 son dentier. Réveillé par une vive douleur il fait venir son médecin habituel, le docteur Biérent de Helemmes, qui essaie l'extraction avec le doigt dans la bouche et la pince.

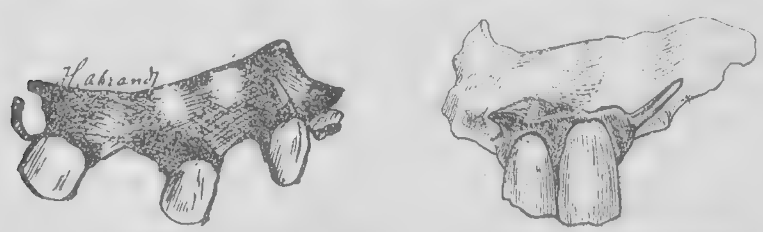


Fig. 6. — Dentiers grandeur naturelle enlevés par œsophagoscopie.

On le fait conduire au docteur Delobel, spécialiste à Lille. Celui-ci essaie de faire de prudentes explorations au niveau de l'orifice supérieur de l'œsophage, mais ne sent pas le corps étranger.

La radioscopie est faite et l'on croit voir une tache sombre qui apparaît à travers l'écran et correspond au point douloureux indiqué par le malade. L'opération est faite à l'arrivée du malade à 9 heures du soir sous chloroforme, tête déclive position renversée. La bouche est en mauvais état, elle ne nous permet pas de fixer l'ouvre-bouche, ce qui rend difficile l'introduction du tube ; il existe en outre un spasme violent à l'orifice de l'œsophage. En enfonçant le tube on détermine un bourrelet annulaire au milieu duquel on aperçoit le dentier. Nous

le saisissons avec une pince, mais il tient très fort. Le spasme cède un peu sous la cocaïnisation et il nous est alors donné de voir que ce qui retient le dentier ce sont deux crochets qui s'enfoncent de plus en plus dans la paroi de l'œsophage et menacent de la déchirer. Après l'avoir refoulé un peu, nous lui faisons exécuter un demi-cercle et nous pouvons l'extraire en même temps que le tube, sans accrocher les parois de l'œsophage.

Les suites sont normales, la guérison est complète quelques jours après.

Observation IV. — *Dentier extrait de l'œsophage par œsophagoscopie. Guérison.*

M. Savariaud, chirurgien des hôpitaux, nous amène le 30 avril 1908 à notre Clinique un malade qui, la veille, avait avalé son dentier.

Dans la nuit à 11 heures, il fut réveillé par une vive douleur à la partie moyenne du cou et vint à l'hôpital Lariboisière où il fut admis d'urgence dans le service du docteur Reynier.

Opération en présence des docteurs Reynier et Savariaud.

Position de Röse, tête déclive, cocaïnisation du fond de la bouche du pharynx et du tiers supérieur de l'œsophage.

Piqûre de morphine atropine avant l'opération. Introduction d'un tube de 15 millimètres et de 30 centimètres de long avec mandrin court, facile à introduire.

Une fois le tube introduit, on voit nettement dans l'œsophage le dentier qui se présente en position transversale les dents dirigées vers le haut.

Avec la pince nous le saisissons à droite des dents. Nous le désenclavons facilement, une fois la cocaïnisation obtenue, et le ramenons jusqu'au niveau du cricoïde, mais là il s'accroche par ses crochets. Nous le refoulons de quelques centimètres dans la portion plus large de l'œsophage et le saisissons par l'extrémité opposée, nous lui faisons décrire un tour complet : nous sommes assez heureux pour pouvoir l'amener dans la bouche.

Quatre jours après nous présentons le malade à la Société de Chirurgie (6 mai 1908).

Dans toutes ces observations, comme on le voit, l'extraction a pu être effectuée et les malades ont guéri sans complication.

Quels sont, en effet, les éléments qui contribuent à fixer de pareils corps étrangers ? Il y en a deux principaux : le

spasme de la portion voisine de l'œsophage et le volume, les aspérités du corps étranger lui-même.

L'élément primordial, celui qui amène surtout la fixité du corps étranger, c'est le *spasme*. L'irritation produite dans les parties relativement étroites de l'œsophage, en particulier au niveau de la région supérieure, portion cervicale supérieure (bouche de l'œsophage) et inférieure (région cardiaque), amène une contracture intense des fibres musculaires qui entrent dans la constitution des parois de l'œsophage et détermine finalement l'enclavement du corps étranger.

Si par un moyen quelconque on peut vaincre ce spasme, on aura du même coup rendu mobile ce corps étranger et le premier temps, le plus important pour l'extraction, sera effectué.

La chloroformisation n'enlève que difficilement ce spasme local. L'anesthésie locale, la cocaïnisation profonde a une action plus efficace. Par la lumière de l'œsophagoscope il est possible d'introduire un porte-coton et de porter la cocaïne au point exact où se trouve le corps étranger. Le plus souvent, dès que la cocaïnisation est obtenue, l'anneau spasmodique se relâche et le corps étranger se mobilise pour ainsi dire de lui-même. Il est toujours possible, s'il ne le fait pas spontanément, d'obtenir ce résultat en agissant avec précaution, à l'aide de pinces ou crochets, au niveau de l'extrémité enclavée.

Mais souvent au moment de l'extraction, en particulier au niveau de la portion rétrécie cricoïdienne les crochets, les aspérités se prennent dans les replis de la muqueuse, et l'extraction est plus complexe. C'est ainsi que, dans les observations II et III, nous avons dû faire une véritable version du corps étranger. Une fois le désenclavement obtenu, nous l'avons amené dans la partie large de l'œsophage (tiers moyen) en le refoulant un peu ; puis là nous l'avons retourné en le saisissant au niveau de son pôle inférieur, de façon qu'il présente, au moment de l'extraction, ses aspérités et ses crochets orientés dans tel sens

qu'il soit possible de l'extraire sans danger (V. fig. 7).

Pour faciliter l'extraction nous avons employé dans notre dernier cas un *tube de forme ovalaire* de 18 mil. et de 15 cent. Les pôles de ce tube déplissent mieux les parois de l'œsophage au niveau des deux extrémités enclavées du dentier, ce tube sert de mandrin et dilate l'œsophage au-devant du dentier au moment de l'extraction.

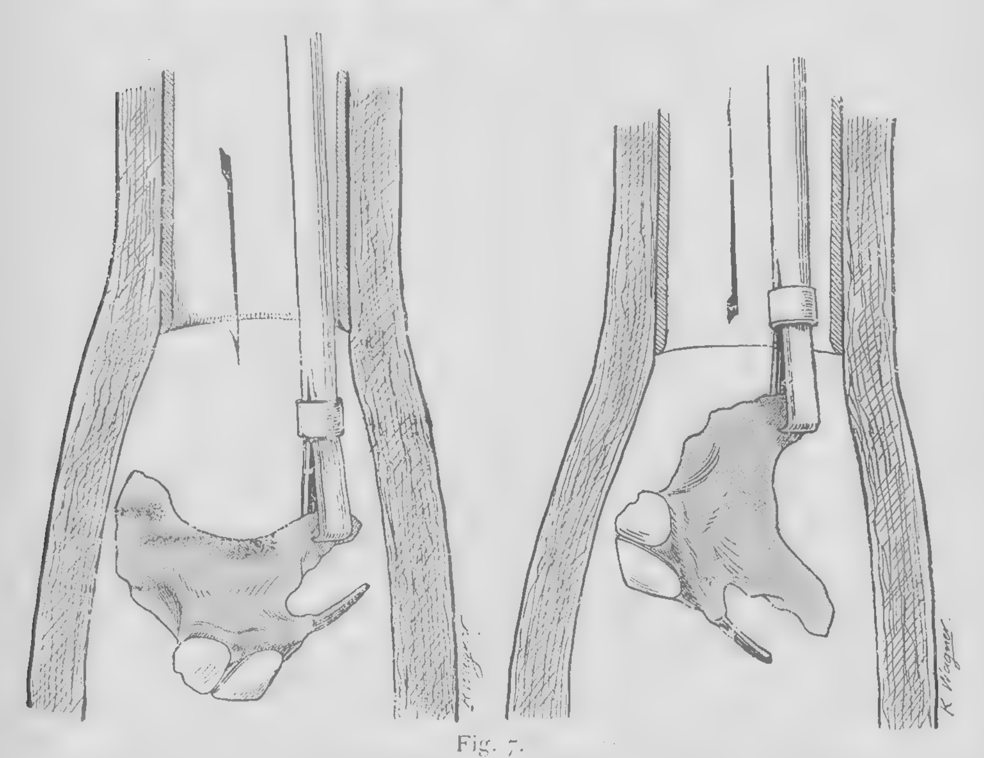


Fig. 7.

1er temps de l'extraction : refoulement. Dentier 2e temps de l'extraction.

Nous avons fait construire également, pour faciliter le désenclavement des corps étrangers, un *tube dilatateur*. Ce tube présente à son extrémité deux valves qui s'écartent à l'aide d'un mouvement de pas de vis que l'on imprime à l'entonnoir ; leur écartement dilate les parois de l'œsophage à l'endroit où le corps étranger est enclavé. En outre, une fois celui-ci mobilisé et saisi avec la pince, les parois de l'œsophage se trouvent protégées par l'écartement des valves et cela pendant toute la durée de l'extraction (V. fig. 8).

Le chaton cricoïdien est en particulier beaucoup plus facile à franchir grâce à ce tube dilatateur. Au moment où l'on arrive à son niveau, on a soin d'écarter les valves du tube de façon que l'ovale dessiné par leur écartement se mette dans le sens transversal.

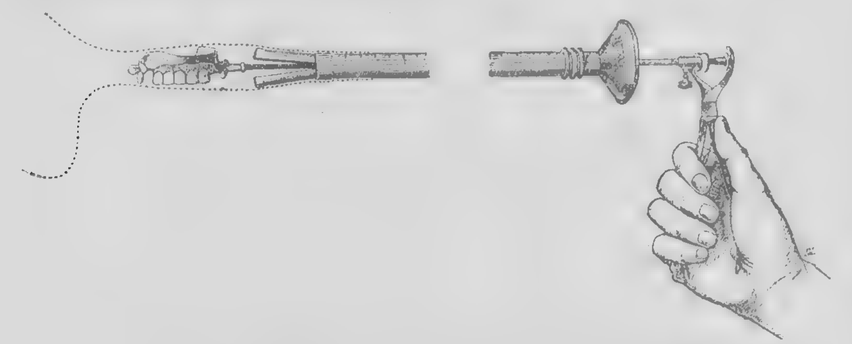


Fig. 8. — Extraction d'un dentier avec tube dilatateur.

Sans doute lorsque le dentier est en caoutchouc il est toujours possible de le sectionner en particulier avec une anse galvanique ; mais, lorsqu'il est en métal, cela est impossible ; c'est alors que le tube dilatateur rendra les plus grands services.

Grâce à cette méthode de la broncho-œsophagoscopie il est donc possible de faire un diagnostic exact et *de visu* du corps étranger enclavé dans l'œsophage ou dans les bronches, puis agissant directement sous le contrôle de la vue il est, la plupart du temps, possible de l'extraire avec des instruments et à l'aide de manœuvres appropriées.

RAPPORTS DE L'ARTHRITISME ET DES AFFECTIONS DENTAIRES

Par Edouard C. Kirk,
Doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Pensylvanie.

Dans l'étude des phénomènes morbides la tendance s'accentue de plus en plus à rechercher plus profondément les causes des troubles auxquels l'organisme est sujet. A aucune époque ces recherches n'ont été plus actives qu'à présent, ce qui permet d'envisager pour l'avenir la solution rationnelle de bien des problèmes pathologiques les plus difficiles.

L'ère des recherches bactériologiques, inaugurée il y a 30 ans par Pasteur et Koch, a été fructueuse en expliquant le mécanisme de l'infection et en isolant les matières morbides d'une longue série de désordres, et en jetant en outre un flot de lumière sur l'activité biologique d'un grand nombre de bactéries pathogènes. Le mode d'action des organismes produisant la maladie a été exposé avec tant de clarté dans tant de cas spécifiques que les grands principes qui régissent les processus d'infection et de réaction des tissus contre les organismes infectieux ont été scientifiquement démontrés, peut-on dire. La résistance variable des individus à l'invasion des organismes infectieux a cependant poussé les investigations au delà du rôle joué par les bactéries comme facteurs dans la production de la maladie, dans l'étude des forces défensives de l'organisme contre l'invasion bactérienne, problème qui doit nécessairement être résolu avant que la pathologie puisse donner une réponse complète à la question de la cause de la maladie, ou avant que nous puissions clairement comprendre ce qu'est la maladie, au sens scientifique du mot.

On a reconnu depuis longtemps que la susceptibilité à la maladie est plus prononcée chez certains individus que chez d'autres et depuis longtemps déjà cette tendance particulière a donné naissance à diverses théories quant à son origine. On l'a attribuée à une dyscrasie ou à une diathèse, acquise ou héréditaire et une grande partie de l'ancienne

théorie des humeurs admettait cette conception. Les recherches modernes font avancer lentement la solution du problème en étudiant la nature des forces défensives de l'organisme, et les résultats obtenus jusqu'à présent justifient la croyance que certaines substances définies du sang et des sécrétions des individus immunisés constituent le moyen sur lequel est basé le mécanisme défensif. Ces éléments défensifs, antitoxines, agglutinines, bactériolysines, opsonines, semblent se rencontrer avec cet état sain du corps qui est le résultat d'un équilibre normal et font défaut ou sont moins actifs quand l'équilibre physiologique normal est détruit. A mesure que l'étude de l'invasion bactérienne a développé les principes qui déterminent, d'une part, comment l'invasion se produit et, de l'autre, comment elle est combattue par le mécanisme défensif normal du corps, le problème de la maladie a tendu à se baser plus solidement sur le côté prophylactique, et à tourner ses efforts du côté de la prévention de la maladie, en amenant les forces défensives de l'organisme à leur maximum. La croisade contre la propagation de la tuberculose en établissant de meilleures conditions d'hygiène, chez l'individu et dans le milieu ambiant, la lutte victorieuse contre la fièvre jaune par la destruction des foyers de prolifération des moustiques et les efforts analogues pour faire disparaître les milieux malsains qui abritent la mouche vulgaire, le rat domestique et autres propagateurs de germes morbides, sont des exemples communs et familiers.

Une croisade plus récente, qui ne laisse pas d'avoir son importance, car elle fortifie la défense contre l'invasion de la maladie, c'est la propagande de M. Horace Fletcher qui a démontré par des exemples pratiques nombreux et par des séries d'expériences scientifiques faites avec soin que la force humaine, mesurée en unités de potentiel, d'effort intellectuel ou en résistance à l'invasion morbide, est en relation directe avec la question de nutrition et il a montré que notre conception des étalons normaux dans le processus de nutrition, relativement à l'ingestion des aliments pour

fournir du travail, est fausse. Il a montré que non seulement nous mangeons trop, mais que nous mangeons mal et qu'en nous suralimentant nous amenons la maladie du dehors en la créant au dedans.

La question du régime alimentaire relativement à la santé est très ancienne, et l'examen de ses aspects doit avoir coïncidé avec les premiers essais de l'homme pour se nourrir. Comme tous les autres problèmes physiques compliqués, quelques connaissances qu'on eût à ce sujet, elles provenaient toutes de l'observation empirique jusqu'à ces derniers temps où cette question vitale, comme tous les autres phénomènes de la nature, fut soumise à l'étude scientifique exacte. On a observé pendant des années que les grands mangeurs mouraient plus tôt en général que les gens plus sobres et que certaines maladies étaient plus fréquentes chez les premiers et étaient même caractéristiques des gens faisant bonne chair ; on a observé aussi que ces gens suralimentés produisaient eux-mêmes dans leur corps, comme un déchet ou un résidu de leur alimentation déréglée, des substances toxiques exerçant sur leur organisme un effet toxique allant en augmentant jusqu'à devenir fatal ou bien réduisaient tellement les dépenses naturelles du corps que celui-ci était emporté par une maladie aiguë due à une invasion bactérienne du dehors. Le développement de l'idée d'une diathèse due à une nutrition défectueuse et se transformant en auto-intoxication avec diminution des forces défensives contre l'invasion bactérienne s'est opéré surtout en France et est dû aux travaux des chercheurs éminents de ce pays, et cette idée se répand de plus en plus.

Le professeur Van Noorden, de Francfort, dans sa monographie sur les *maladies de métabolisme et de nutrition* dit : « Dans ces dernières années l'idée s'est fortement enracinée dans les esprits des médecins qu'une variété de phénomènes morbides est due à l'auto-intoxication, c'est-à-dire à des produits métaboliques toxiques. Cette opinion n'est pas nouvelle, car elle était répandue chez les médecins d'autrefois et faisait partie de l'enseignement d'autre-

fois. Ce n'est toutefois que lorsque Bouchard et ses élèves publièrent leurs recherches sur l'auto-intoxication que cette théorie fut érigée en doctrine scientifique. Tout d'abord nous autres Allemands nous n'étions pas disposés à l'accepter. Toutefois dans ces dernières années nous l'avons regardée avec plus de bienveillance, et ce changement est dû à ce qu'un grand nombre de produits toxiques de métabolisme ont été isolés et que leur origine dans l'organisme et leurs effets pathologiques ont été déterminés à la satisfaction des premiers critiques de la doctrine. Nous ne savons certes pas tout ce que nous devrions savoir à cet égard. Mais pour un grand nombre de symptômes nous possédons heureusement un nombre de faits suffisants pour asseoir la théorie de l'auto-intoxication sur une base chimique solide. »

Je fais cette citation pour montrer que la doctrine de l'auto-intoxication comme facteur dans la cause de la maladie et comme le prodrome d'une invasion bactérienne repose sur une base scientifique admise. Remarquez que la phase de l'auto-intoxication examinée ici est celle qui est due à un métabolisme défectueux résultant d'une alimentation déréglée et ne comprend pas l'intoxication résultant de l'absorption de toxines putréfiantes produites par des bactéries de l'intestin.

La question de la mauvaise nutrition et de ses effets est trop vaste pour être examinée dans un court article, mais il est certains traits généraux qui nous intéressent en tant que dentistes et sur lesquels je veux appeler votre attention, savoir les cas présentant ce type de mauvaise nutrition qu'on désigne en France sous le nom d'arthritisme.

Le Dr L. Pascault, de Paris, dans sa brochure « L'arthritisme, maladie de la civilisation », donne un tableau très précis des aspects généraux et du mode de développement des désordres caractéristiques de l'arthritisme et je ne puis mieux faire que de le résumer.

L'arthritisme typique, suivant lui, est rarement développé dans une seule génération : c'est généralement le produit de plusieurs générations ayant des habitudes diététiques

mauvaises. L'ancêtre de l'arthritique était fort, vigoureux, actif, et possédait en général les qualités assurant le succès dans la vie ; grand travailleur, matériellement ou intellectuellement, il mourut à un âge avancé, après une vie bien remplie, laissant de nombreux descendants. Comme chez les individus bien équilibrés l'absorption de nourriture est habituellement proportionnée à la dépense journalière d'énergie, nous pouvons conclure à priori que son vigoureux ancêtre était gros mangeur et de ce fait on peut dégager certaines conséquences : son appareil digestif, opérant sur une alimentation abondante, se développe dans toutes ses parties constitutives, son estomac acquiert l'habitude de ne pas être satisfait tant qu'il n'a pas atteint un maximum de distension et tous ses tissus sont obligés d'accélérer leur processus métabolique pour l'utiliser et perdent ainsi l'habitude de fonctionner économiquement ; de là le besoin constant qui, transmis aux centres nerveux et perçu par la conscience, se traduit par une exagération de l'appétit, l'amenant à manger plus qu'il n'est nécessaire. Ce n'est pas tout, car parmi les aliments absorbés ainsi déraisonnablement, si les carbohydrates (amidons, sucres, graisses) sont de combustion aisée et laissent dans l'économie après leur destruction seulement des résidus liquides ou gazeux, d'élimination facile, il n'en est pas ainsi des aliments azotés qui sont dissociés difficilement et exigent de la part du foie et des reins un travail très compliqué d'élaboration avant que leurs résidus soient rejetés. Cet ancêtre préarthritique a non seulement l'activité musculaire ou cérébrale, mais tous ses organes, tous ses tissus, toutes ses cellules fonctionnent avec une activité anormale. Aucune machine ne peut fonctionner surchauffée continuellement, quelque parfaite que soit sa construction : elle se fatigue et s'use à la longue ; et dans la machine humaine que nous considérons, l'exubérance de santé et d'activité qui caractérisait l'ancêtre préarthritique était le promoteur véritable des troubles morbides dont souffrent ses descendants.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 mars 1909.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu sa séance mensuelle le 2 mars 1909, à 9 heures du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, sous la présidence de M. Barrié, président.

La correspondance comprend deux lettres de MM. Godon et Dreyfus qui, empêchés, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

I. — ŒSOPHAGOSCOPIE ET BRONCHOSCOPIE APPLIQUÉES A L'EXTRACTION DES DENTIERS DE L'ŒSOPHAGE ET DES BRONCHES. PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS ET DE QUATRE VOLUMINEUX DENTIERS EXTRAITS AVEC SUCCÈS, PAR M. GUISEZ.

Cette communication est publiée plus haut.

DISCUSSION.

M. Baudet. — M. Guisez nous a cité un certain nombre des cas dans lesquels il a eu à intervenir. Dans le cours de sa communication il nous a parlé d'une pièce de 10 centimes forcément très malpropre, et qui a pu demeurer quatre ans dans l'œsophage d'un enfant.

Je voudrais demander à M. Guisez de nous préciser dans quels cas un corps étranger de l'œsophage entraîne ou n'entraîne pas des conséquences fatales.

Je voudrais également lui poser une autre question, au sujet de la cocaïne. Nous employons de la cocaïne à 1 o/o ; M. Guisez l'emploie au vingtième. Or je demanderai quelle quantité de cocaïne on peut introduire dans l'œsophage et dans les bronches. N'y a-t-il pas de dangers à redouter. Quelle quantité de cocaïne doit-on employer ?

M. Touvet-Fanton. —Tout d'abord, je tiens à féliciter M. Guisez de sa fort intéressante communication. A la façon modeste dont il décrit les choses, il semblerait véritablement que l'on doive procéder à l'intervention opératoire avec une facilité surprenante. Je crois, au contraire, qu'il faut une habitude consommée et une grande habileté manuelle pour mener à bien cette délicate opération avec l'aisance qu'il indique.

La méthode qui vient de nous être exposée, et qui rappelle un peu le procédé employé en chirurgie urinaire pour enlever les calculs de la vessie, nous fournit une méthode opératoire perfectionnée. Elle

laisse bien loin derrière elle l'usage des simples pinces à longs mors et autres procédés avec lesquels on risquait de léser les parois des organes. Je ne parle que pour mémoire du moyen qu'on peut appeler procédé médical et qui consiste tout simplement à faire avaler quelques boulettes de coton au sujet, quand l'appareil est tombé dans le tube digestif, pour tâcher de faire envelopper ledit appareil pendant les mouvements physiologiques de la digestion, afin qu'il soit expulsé par les voies naturelles, sans être retenu par ses aspérités disparues dans l'ouate. C'est là un procédé qui a été indiqué bien des fois, qu'il n'est pas mauvais d'employer à l'occasion, mais qui véritablement, ne peut être considéré que comme un moyen accessoire, à côté de la méthode précise qui vient de nous être exposée.

Je tiendrai seulement à demander à M. Guisez quelques renseignements au sujet du procédé de cocaïnisation, non pas seulement en ce qui concerne la dose d'anesthésique susceptible d'être employée, mais aussi au sujet de la manière dont il arrive à cocaïner au fur et à mesure de la pénétration de l'appareil extracteur.

M. Guisez. — Le degré de tolérance des corps étrangers dans l'œsophage est extrêmement variable. Il est en effet remarquable de voir qu'un enfant ait pu garder pendant 4 ans une pièce de deux sous dans l'œsophage. Il faut dire cependant que cela n'a pas été sans complications. La pièce était placée dans le sens sagittal, néanmoins cet enfant ne mangeait que des aliments liquides. Il a présenté des accidents très bizarres qui étaient des accidents d'intoxication par le cuivre. Il venait d'un pays où il n'y avait pas de moyens de communication, où il était à 20 kilomètres de tout médecin, c'était dans un coin tout à fait perdu Lorsque je l'ai vu il n'avait pas de mauvais état général, il est assurément extraordinaire qu'il n'ait pas fait de complications plus sérieuses, mais il était à la veille d'en faire de très graves quand on me l'a amené à Paris. L'enfant commençait effectivement à faire de la fièvre, l'alimentation devenait très difficile et à l'œsophagoscope j'ai pu constater un début de sphacèle de la paroi œsophagienne.

Il est remarquable de voir qu'il a pu tolérer ce corps étranger pendant 4 ans, c'est là un exemple unique.

Comme autre exemple de tolérance des corps étrangers, j'ai extrait une pièce de 10 francs d'une bronche chez un caissier du Crédit lyonnais. Il avait dans sa bouche plusieurs pièces de 10 francs quand, en riant avec un camarade, il avala une de ces pièces.

Cette pièce alla se placer à l'entrée de la grosse bronche droite, qu'elle obstruait parfois. Il faisait alors jouer sa poitrine à chaque instant, lorsqu'il se sentait suffoquer. Il sentait quand sa pièce de 10 francs se mettait en travers, et prenait une position toute particulière qui lui permettait de respirer, mais il a gardé cette pièce pendant 17 mois, sans avoir aucune espèce de complication, ceci évidemment

parce qu'il s'agissait d'un corps étranger qui s'altère très peu, l'or étant presque inaltérable. Il avait en vérité un peu d'inflammation au niveau de ce corps étranger et de la bronchite.

Malheureusement les accidents septiques se déclarent très rapidement dans la plupart des cas.

J'ai opéré un petit enfant qui avait avalé huit jours auparavant un petit morceau de crayon, qui s'était logé dans une bronche. Il avait de la fièvre à 39° avant l'opération, il en a encore. J'espère que cela va passer, mais ce n'est pas absolument sûr.

J'ai vu, il y a trois mois, un malade qui avait un os dans l'œsophage. Il a fait un commencement de phlegmon et cependant l'accident ne remontait qu'à quatre ou cinq jours.

Tout dépend, au point de vue de la tolérance de l'œsophage, de l'asepsie des corps étrangers, or les dentiers sont toujours très septiques.

Lorsque j'ai enlevé ce troisième dentier, il y avait beaucoup de gonflement et d'œdème de la paroi œsophagienne, c'est même ce qui a rendu l'opération très difficile.

Au point de vue de la *dose de cocaïne à employer* pour l'anesthésie je vous dirai que l'œsophage est assez tolérant. Je n'ai pas vu d'accidents à l'occasion de la cocaïnisation de l'œsophage, de la trachée ou des bronches. On manie évidemment la cocaïne avec la plus grande prudence et on ne dépasse jamais 15 à 20 centigrammes de cocaïne.

Lorsqu'on a un malade qui a l'air de supporter difficilement la cocaïne, tout de suite on s'adresse au chloroforme. Au cours des 400 ou 500 examens que j'ai faits depuis 1905, je n'ai jamais eu d'accidents cocaïniques. Je ne me suis jamais servi de solution plus concentrée qu'au vingtième. Au surplus il est absolument démontré que la cocaïne est beaucoup moins dangereuse en badigeonnages et peut être employée à plus forte dose, qu'en piqûres ou en injections sous-cutanées.

M. le président. — Je crois être l'interprète de la Société d'Odontologie en remerciant de sa brillante communication M. Guisez dont les nombreux travaux nous étaient déjà connus. La méthode dont il est l'innovateur, et qu'il a si parfaitement décrite, pourrait nous être d'un grand secours lors de certains accidents, toujours à redouter.

II. — Le curetage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques, par M. Roy.

M. Roy décrit, dans cette communication, la technique qu'il emploie dans le traitement de certains abcès alvéolaires chroniques, délaissant la résection apicale pour le curetage alvéolo-radiculaire.

DISCUSSION.

M. Frey. — Le travail que vient de nous lire M. Roy est extrêmement intéressant. Il a insisté avec raison sur le point faible de la résection apicale : c'est une opération qui est faite « à l'aveugle ».

Mais est-ce un motif suffisant pour prétendre, comme il le fait, qu'elle est inutile et même nuisible ?

Pour étayer une telle affirmation, il eût été bon que M. Roy nous apportât une statistique. Il a fait des résections apicales, il a fait des curetages alvéolo-dentaires en respectant l'extrémité apicale ; mais qu'il nous donne donc des observations détaillées ! qu'il nous dise son pourcentage !

Il a des succès, dit-il, dans tous les cas ; nous le croyons très volontiers, mais enfin il serait intéressant de pouvoir faire une critique un peu fouillée de ses observations.

D'autre part M. Roy ne nie pas absolument la nécessité de la résection *dans certains cas*. Quels sont-ils ?

Il nie, il affirme, mais il ne dégage pas scientifiquement les indications de l'une et de l'autre opération, ce qui nous aurait rendu le plus grand service.

Est-ce que dans certains cas d'arthrite apicale chronique, avec fistule, avec apex complètement dénudé, pointu comme une extrémité d'aiguille, véritable corps étranger surmontant à sa base le bourrelet de cément hypertrophié, est-ce qu'alors la résection apicale n'est pas *exclusivement* indiquée ?

Et d'ailleurs M. Roy, en pareil cas, ne la pratique-t-il pas sans le savoir ou sans le dire, quand nettoyant minutieusement à la fraise il arrive sur cet apex si frêle, si dénudé ?

Il est un point de sa technique sur lequel je ne suis pas non plus de son avis : par crainte d'hémorragie il abandonne le bistouri pour le galvano-cautère ; or l'hémorragie n'est pas à craindre puisqu'elle cède vite devant le tamponnement, et la guérison, à mon sens, est bien plus rapide quand la plaie ne présente pas la réaction secondaire de la brûlure au galvano.

En outre M. Roy ne laisse pas de tampon comme pansement de sa plaie ; il le considère comme nuisible ; il ne l'admet que pour les kystes. Là encore je lui ferai observer qu'il est un cas où le tamponnement de la plaie, renouvelé au moins pendant les premiers jours, me semble indispensable : c'est quand l'extrémité apicale de la dent (une canine supérieure par exemple) est située très haut au-dessus du vestibule buccal. Dans ce cas, l'ouverture muqueuse et l'ouverture alvéolaire ne sont pas sur le même plan, c'est par le tamponnement que vous ramenez le parallélisme des deux plaies, que vous empêchez l'occlusion prématurée de la plaie osseuse par la muqueuse et

que vous évitez la rétention avec ses conséquences très graves.

Il est évident qu'en tout autre cas, quand les deux ouvertures muqueuses et osseuses sont bien parallèles, le tamponnement est inutile.

M. Touvet-Fanton. — La technique du traitement des apex infectés, de l'enlèvement des kystes, etc. se formule de plus en plus. Depuis le simple et brutal procédé par l'enfoncement d'une pointe aiguë traversant le paroi du maxillaire pour aller atteindre la racine infectée et former une issue vestibulaire, en passant par l'usage d'un délicat trocart pour remplacer la pointe brutale, puis, par le procédé toujours aveugle, du foret mû par le tour, nous arrivons maintenant à la méthode plus perfectionnée de la mise à découvert du champ opératoire ; et, quel que soit le détail de la solution recherchée, curetage ou résection, la technique se présente maintenant d'une façon scientifique.

Notre confrère Roy vient d'en présenter fort bien l'exposition. — Mais je voudrais lui poser une question précise sur un point de détail que presque tous nos auteurs de communications laissent volontiers assez flou, comme s'il n'avait qu'une importance secondaire. Je crois au contraire que dans l'exposé d'une « technique », rien n'est à passer sous silence et que le détail le plus insignifiant en apparence a souvent une répercussion considérable sur tout l'ensemble de l'opération. Je veux parler ici du mode opératoire de l'anesthésie, convenant à chaque opération en particulier, question qui me semble, au contraire, capitale dans notre chirurgie spéciale. Je demande à notre confrère Roy de bien vouloir préciser, dans l'opération présente, et sa méthode d'anesthésie, et la formule qu'il emploie, et la dose qu'il croit le plus propre à assurer la réussite dans le cas particulier qu'il décrit.

M. Georges Villain. — J'estime que le curetage alvéolo-radiculaire est le meilleur procédé pour le traitement d'abcès localisé en certain point d'une racine, quelquefois sur une dent saine, abcès dû à des dépôts de calculs sériques. Mais pour que nous puissions faire un curetage judicieux il est nécessaire que nous puissions localiser exactement l'abcès ce qui n'est pas toujours possible, car dans certains cas on ne peut relever aucun signe extérieur. La radiographie dans ces cas peut nous donner une indication précise. M. Roy ne l'a pas citée dans son travail, mais je suis convaincu qu'il en reconnaîtra l'utilité. Je serais très heureux de l'entendre donner son appréciation ce soir, sur l'utilité de la radiographie dans la localisation d'abcès alvéolo-radiculaire.

Pour ma part, je me suis trouvé pendant assez longtemps ennuyé par un cas d'abcès au niveau d'une première grosse molaire supérieure. Après avoir traité cette dent plusieurs fois sans résultat,

après m'être aperçu, sans avoir relevé aucun trouble du côté du sinus, que la racine buccale antérieure pénétrait dans le sinus, cet abcès continuait toujours à occasionner des douleurs sourdes. Il n'y avait pas d'évolution complète de l'abcès que je ne pouvais localiser. J'étais sur le point d'avoir recours à la radiographie.

Enfin la malade vint me revoir avec un petit point fistuleux. Par le trajet fistuleux j'ai pu pénétrer et j'ai trouvé un amas calcaire. J'ai fait un curetage, je n'ai pas fait de résection puisque je me trouvais trop éloigné de l'apex. Le trajet fistuleux se trouvait au niveau du premier tiers de la racine disto-vestibulaire sur laquelle j'ai trouvé en ce point quelques petits calculs.

Dans ce cas, j'ai donc pénétré par le trajet fistuleux, puis j'ai fait un curetage. Mais si ma malade n'était venue présentant cette fistule, j'allais avoir recours à la radiographie.

M. Frey. — Il y a combien de temps de cela.

M. Georges Villain. — Environ six mois ; j'ai suivi quelque temps ma malade en la voyant tous les quinze jours, le traitement a parfaitement réussi.

M. Frey. — J'ai omis tout à l'heure de demander à M. Roy de nous développer un peu la technique suivie dans une opération d'un cas de faux canal.

M. Roy. — Je vais répondre aux différentes questions qui m'ont été posées et aux quelques critiques de M. Frey. Je suis très heureux qu'il vienne donner son opinion dans cette discussion, parce qu'il a été un de ceux qui ont beaucoup pratiqué la résection apicale.

Je vois qu'il convient avec moi que la résection apicale est une opération aveugle et que nous ne devons, autant que possible, pas faire d'opérations aveugles. J'ai vu des malades opérés par les procédés habituels de résection apicale, j'ai vu notamment une malade qui a été opérée par quelqu'un de très qualifié, et, dans ce cas, l'opération n'a pas donné de résultats très satisfaisants parce que cette opération a été faite d'une façon aveugle, on a opéré « au petit bonheur ».

Le plus gros grief que m'ait fait M. Frey c'est de ne pas avoir présenté de statistique.

Mais ce qui fait que je ne vous apporte pas de statistique c'est d'abord parce que je n'y ai pas songé et ensuite parce qu'il m'aurait fallu faire des recherches rétrospectives et reconstituer la plupart de mes observations. En effet, vous savez ce qui se passe généralement dans nos petites interventions, un malade arrive avec un cas donné on le traite, on le guérit, puis on ne revoit plus le malade. Or comme on n'a pas pensé à ce moment-là qu'on allait un beau jour s'occuper d'un travail sur son cas, on ne s'en est pas autrement occupé.

En 1902, lorsque je vous disais quels étaient mes premiers cas, je

ne vous cacherai pas que ma technique était loin d'avoir la précision de ma technique actuelle. Cette technique s'est précisée peu à peu. J'ai obtenu de très beaux résultats dès le début, mais avec une technique inférieure à ma technique actuelle. Au début, j'opérais d'une façon plus aveugle qu'aujourd'hui. Il me serait facile d'apporter une statistique d'un nombre déterminé de cas. J'ai recherché dans mes souvenirs si je trouvais un échec. Je vous avoue très sincèrement que bien que je conserve d'une façon très précise la mémoire des cas que j'ai soignés, je ne me souviens d'aucun échec.

Les observations détaillées manquent donc, elles se ressemblent d'ailleurs toutes beaucoup ; mais, puisque cela intéresse la Société d'Odontologie, il me sera très facile maintenant de relever des observations en vue d'un travail déterminé, et de vous apporter une statistique. En tous les cas ce que je peux faire, c'est vous faire des démonstrations et je serai enchanté, à la prochaine séance de démonstrations qui aura lieu ici, de vous faire des démonstrations de mon procédé de curetage alvéolo-radiculaire, qui vous montreront mieux que toutes les descriptions, la façon dont je pratique.

M. Frey. — Il serait tout de même intéressant de faire une statistique limitée aux dents multi-radiculaires ; uni-radiculaires c'est trop simple, multi-radiculaires cela serait très intéressant.

M. Roy. — Des interventions sur des dents multi-radiculaires, j'en ai naturellement un nombre beaucoup plus restreint que sur des dents uni-radiculaires, c'est pourquoi je vous ai signalé tout à l'heure, à titre d'exemple, cette intervention sur une racine palatine de grosse molaire supérieure. Mais j'en ai un certain nombre d'autres également très intéressantes.

M. Machlou. — Avez-vous traité des molaires inférieures et avec des résultats positifs ?

M. Roy. — Avec des résultats parfaits. J'ai notamment une patiente de province qui avait été soignée par un confrère de Paris. Elle avait un quatrième degré de la seconde grosse molaire inférieure droite. Cette dent était obturée, mais avait un abcès avec une grosse fistule qui datait de dix ou quinze ans. Cette dame était très ennuyée d'avoir ce foyer de suppuration. Je lui désobturai sa dent, je traitai les canaux et fis le curetage alvéolo-radiculaire de son abcès qui était très gros. La dent et l'abcès se guérirent dans d'excellentes conditions, il n'y a pas eu trace de récidive. Si je vous présentais cette malade, vous verriez que, à la place de cet abcès, il y a un enfoncement résultant de la rétraction cicatrisation en profondeur de l'abcès.

Dans un autre cas c'était la seconde grosse molaire inférieure gauche qui avait un abcès durant depuis longtemps avec hyperostose alvéolaire. J'ai traité cet abcès de même et ai obtenu un résultat absolument satisfaisant.

Chez un de mes amis, j'ai eu une seconde prémolaire inférieure, un quatrième degré extrêmement difficile à traiter avec abcès borgnes à répétition ; cette dent avait une racine très longue. Je lui ai fait avec le plus grand succès un curetage alvéolo-radiculaire, cela se passait au voisinage du trou mentonnier et il me fallut un peu d'attention pour ne pas détruire tous les filets du nerf mentonnier. J'ai pu sur cette racine placer une dent à pivot et ce patient n'a plus trace maintenant de cet abcès alvéolaire dont il souffrait depuis fort longtemps.

Je n'ai pas fait, m'a dit mon ami Frey, dans le travail que je vous ai lu, les indications des résections apicales. Je ne l'ai pas fait parce que, pour moi, elles sont extrêmement restreintes. Je vous en ai cité un cas, parce que je considère justement ce cas comme très rare, comme tout à fait exceptionnel, pour vous dire qu'il y a des cas où cela peut être indiqué. Notez qu'il m'est arrivé de faire des résections apicales au début, me figurant que cela pouvait être utile. C'est après réflexion que je me suis dit : j'obtiens des résultats absolument satisfaisants lorsque je ne fais pas cette résection, pourquoi la pratiquer si le résultat est aussi satisfaisant sans cette complication opératoire.

M. Frey dit, qu'il y a des cas où il n'y a plus de cément, qu'il y a simplement une petite pointe de racine nécrosée avec quelques petites portions cémentaires corrodées et il me dit que dans ces cas je fais la résection apicale malgré moi. Je ne considérais pas que je faisais de la résection apicale en enlevant quelques aspérités de cément, ou de dentine à l'extrémité de la racine. Je ne crois pas que je fasse de la résection apicale à proprement parler en curetant la racine de la sorte, car la résection apicale est une opération très nette qui ne consiste pas à enlever timidement une petite aspérité de racine comme dans le cas que me signale M. Frey; pour la résection il faut tailler largement et enlever l'apex complètement sur une étendue de plusieurs millimètres.

Notez que je ne me sers jamais de fraise neuve pour cette opération : je me sers toujours de fraises émoussées, qui ne coupent pas trop et n'entament pas la racine.

M. Frey dit qu'il ne se sert pas du thermo-cautère, parce qu'il guérit moins vite que le bistouri. C'est justement une raison pour s'en servir parce qu'il est extrêmement important que la réunion ne se fasse pas de l'extérieur vers l'intérieur, mais qu'elle se fasse dans la profondeur d'abord et je m'attache dans les premiers jours à ce que la cicatrisation ne se fasse pas trop rapidement, ce qui pourrait en enfermer dans la cavité des produits septiques.

M. Frey me cite un cas intéressant : celui d'une canine supérieure avec grande racine. Son observation est juste, mais alors elle concorde absolument avec ce que je disais du tamponnement.

J'ai dit en effet qu'il était inutile en dehors des cas d'hémorragie parce qu'il s'infecte et empêche la réunion. Mais il est évident que, si dans un cas, vous voulez empêcher la réunion, il est nécessaire de tamponner pour empêcher celle-ci de se produire.

Quant au parallélisme des plaies dont parle M. Frey, je lui rappellerai que, par la méthode que j'emploie, le parallélisme est observé. Je cherche à avoir mon incision dans un plan parallèle aux lésions que j'ai à traiter.

Pour répondre à M. Touvet-Fanton qui me demande de quel produit je me sers pour pratiquer l'anesthésie, j'avoue que je suis un peu embarrassé étant donné que vous avez pu voir, dans un article paru dans un journal que vous connaissez sans doute, qu'on reprochait à la Société d'Odontologie d'avoir pendant toute une séance parlé des produits d'une maison spécialiste et cela sans qu'aucune protestation se soit élevée. Au risque de mériter des fureurs de ce journal et de ses rédacteurs, je dirai que j'emploie la cocaïne-adrénaline soit sous forme d'ampoule, soit sous forme de solution faite extemporanément avec des comprimés de même substance appelés *Dolorant*.

J'emploie la dose d'un dixième de milligramme d'adrénaline pour deux centimètres cubes de solution au centième, et en général pour ces petites interventions avec deux centimètres cubes j'obtiens une anesthésie parfaite. Les injections sont faites suivant la technique de l'anesthésie pour l'extraction, c'est-à-dire dans la fibro-muqueuse.

En ce qui concerne la radiographie dont parle M. Villain, il est certain qu'elle est un heureux adjuvant de cette méthode de traitement et justement Schamberg, dont je vous parlais, a fait à ce sujet un assez grand mombre de radiographies dans lesquelles on voit les abcès. Toutefois on ne voit pas d'une façon très parfaite. En tous les cas, dans le cas particulier qu'il nous cite et qui a trait à une grosse molaire supérieure je crois que la radiographie n'aurait pas donné grand'chose.

En ce qui concerne la technique, que j'ai suivie dans le cas de faux canal que j'ai cité, la voici : il s'agissait d'une racine d'incisive centrale supérieure. Le faux canal se trouvait à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la racine.

Le canal réel était obturé, car il s'agissait d'un faux canal creusé à l'occasion de la pose d'une dent à pivot. Mais ces faits étaient ignorés avant l'intervention. J'ai donc, suivant ma technique, ouvert au thermo-cautère la cavité abcédée qui était située surtout à la face distale de la racine et j'ai cureté minutieusement à la fraise toutes les parties malades sans aller jusqu'à l'apex, qui était sain, ce qui fait que, dans ce cas, où l'on se trouvait, en apparence, en présence d'un abcès chronique banal, un praticien qui aurait pratiqué la résection apicale suivant les règles ordinaires aurait ainsi enlevé la partie saine de

la racine et n'aurait pas touché aux parties réellement malades. Comme je vous l'ai dit, le résultat de cette intervention a été parfait et la racine est maintenant en très bon état.

M. le président. — Nous remercions M. Roy de son intéressant travail et nous retenons la promesse qu'il nous a faite de nous faire une démonstration de sa technique à notre prochaine séance de démonstrations pratiques.

Etant donné l'heure avancée, nous remettrons à une séance ultérieure les communications qui sont encore inscrites à l'ordre du jour.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire-adjoint,
GEORGES VILLAIN.

HYGIÈNE

PROTHÈSE DENTAIRE ET SERVICE MILITAIRE

Par M. Jean Monod,

Médecin-major de 2me classe,
Chef du service de Stomatologie de l'Hôpital Militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

(Suite et fin.)

III. — La création d'un laboratoire au Val-de-Grâce. Résultats de sa première année de fonctionnement.

Le premier laboratoire de ce genre existe et fonctionne à souhait à l'hôpital du Val-de-Grâce ; j'ai eu l'honneur de l'organiser, et je dirai ici tous les services qu'il a déjà rendus malgré sa création récente.

C'est au mois de mars 1908 qu'il a commencé, bien modestement, à fonctionner. A défaut de prothésiste, de local et d'outillage, les appareils ont été jusqu'en juin exécutés au domicile du médecin-major, en son laboratoire personnel, par lui-même et ses deux opérateurs. A partir du mois de juin un troisième assistant a été adjoint au service, spécialement pour la prothèse, et un laboratoire temporaire et sommairement agencé a fonctionné à l'hôpital même, jusqu'en août. A ce moment il a fallu l'abandonner, à cause des travaux qui commençaient pour l'aménagement des divers locaux de la clinique actuelle et c'est, de nouveau, au domicile privé du médecin-major qu'ont dû être exécutés les appareils urgents qui ne pouvaient attendre l'installation définitive.

Ce n'est en somme qu'au milieu d'octobre que le laboratoire de prothèse, définitivement et convenablement installé, a pu fonctionner d'une manière régulière. Il possède actuellement, exactement un an après l'exécution du premier appareil par des moyens de fortune, un personnel composé de deux assistants, dont l'un est chef de laboratoire, et un matériel suffisant.

Au cours de cette première année avec, en somme seulement cinq mois et demi de fonctionnement normal, le laboratoire du Val-de-Grâce a fourni le rendement que voici :

1° *Prothèse courante* haut 63 appareils.
bas 28 —

dents contre-plaquées	crochets	raccommodages
66	126	25
dents à pivot	couronnes en or	bridge
20	5	1

Total des dents remplacées 768.

Au nombre de ces appareils, il y a deux dentiers complets haut et bas, tous les autres, sauf peut-être une demi-douzaine, sont de grands appareils absolument indispensables à la mastication et grâce auxquels les intéressés ont continué à servir sans être le moins du monde incommodés.

Jusqu'ici, des dents en porcelaine ont toujours été employées, tandis que je cherchais à dégager la formule d'une prothèse dont on pourrait étendre les bénéfices à tous les soldats édentés. Après de nombreux essais, après avoir d'abord réduit strictement au remplacement des six dents antérieures l'emploi des faces en porcelaine je suis arrivé à la conviction que l'appareil de l'avenir, appelé à se généraliser, à devenir banal dans l'armée et à permettre à son porteur de faire campagne, est le masticateur tout en caoutchouc, appareil simple, robuste et peu coûteux, s'il en fût ; je suis donc entré dans cette voie et les appareils de ce genre actuellement en usage m'ont donné les résultats que j'en attendais.

2° Outre la confection de cette prothèse courante, notre laboratoire, pour jeune qu'il soit, a, par d'autres états de service, conquis ses droits de cité. Il a su montrer que la *prothèse chirurgicale et restauratrice* était encore de son domaine.

Trois malades porteurs de perforations du palais ont été pourvus d'appareils munis d'obturateurs en caoutchouc

mou. L'un d'entre eux concerne un vieil Invalide dont la lésion, par coup de feu, remonte à 1870, et qui a ainsi attendu 38 ans avant d'avoir une prothèse lui donnant toute satisfaction. Les deux autres perforés sont des syphilitiques ; chez l'un d'eux la lésion était énorme, le résultat est parfait.

— Un autre blessé de 1870 avait eu la lèvre détruite : l'autoplastie, puis la dilatation progessive au moyen de quatre appareils successifs lui ont refait un orifice buccal, et le résultat est maintenu par un appareil restaurant l'arcade inférieure.

— Un autre malade ayant, par suite de nécrose, perdu toutes les dents, l'apophyse alvéolaire avec le plancher osseux du sinus sur la moitié du maxillaire supérieur, est pourvu aujourd'hui d'un appareil qui, au double point de vue esthétique et fonctionnel donne toute satisfaction au sujet, un rengagé qui a pu continuer à servir.

— Un autre encore atteint de lésions syphilitiques tertiaires a dû subir l'hémi-résection totale du maxillaire inférieur ; trois appareils successifs lui ont déjà été faits pour guider la cicatrisation et éviter la déviation du demi-maxillaire restant, le moment approche où ce malade pourra recevoir un appareil suppléant définitivement à l'énorme perte de substance qu'il a subie.

Enfin divers essais ou projets ont été faits avant l'exécution d'une langue artificielle comportant tout un mécanisme et destinée à un militaire retraité atteint de cancer de la langue, et ayant subi l'amputation totale de cet organe. Il y avait là un essai des plus intéressants, mais qui demandait une longue mise au point, et exigeait que le malade fût suivi longtemps et de près. Je ne sais ce qu'il en est advenu, n'ayant plus eu de nouvelles ni de lui ni de son appareil.

— En dernier lieu, un cavalier porteur d'une fracture du maxillaire inférieur dans la région de l'angle a été immobilisé avec une double gouttière métallique (en argent) estampé ; malgré de sérieuses difficultés, le résultat a été parfait.

IV. — Extension à toute l'armée des bienfaits de cette organisation.

La création au Val-de-Grâce d'un laboratoire de prothèse répondait donc à un besoin, ce que je viens de dire le prouve surabondamment ; et devant des résultats si encourageants, après la démonstration que je crois avoir faite d'autre part qu'il serait opportun de modifier l'article 101 de l'instruction sur l'aptitude physique dans le sens que j'ai indiqué, il me semble que poser seulement la question de l'opportunité qu'il y aurait à étendre à toute l'armée, par l'organisation d'autres laboratoires, les bienfaits de la prothèse, c'est la résoudre par l'affirmative.

J'ai exposé dans une étude déjà citée au cours de ce travail ma conception de cette organisation : je crois désirable l'établissement, dans chaque corps d'armée, d'un service dentaire complet comportant un laboratoire de prothèse, ayant pour personnel, sous l'autorité et la direction d'un médecin militaire spécialiste, chef du service, des mécaniciens prélevés sur le contingent annuel. Je maintiens cette conception dans son intégralité, malgré certaines objections qui lui ont été faites et auxquelles je répondrai ailleurs, ne traitant dans cet article que strictement la question prothèse.

Je tiens en effet à la création d'un laboratoire dans chaque Région de corps d'armée : si l'on entre dans la voie que j'indique, ce laboratoire devra être fort actif pour pouvoir fournir la prothèse à tous les édentés de la Région. Il est de plus indispensable, principalement pour ce qui concerne la prothèse chirurgicale et restauratrice, qu'un pareil centre ne soit pas trop éloigné des diverses garnisons qui relèveront de lui. Aussi le chiffre d'une vingtaine de laboratoires pour toute la France me semble-t-il strictement suffisant et nullement exagéré.

Quant aux mécaniciens nécessaires, je crois qu'on peut les trouver parmi les hommes du contingent. On a proposé [1] de

---

1. Prost-Maréchal, *Odontologie*, 30 décembre 1907, 28 février et 15 mars 1909.

créer ici des maîtres ouvriers commissionnés comme les tailleurs et les bottiers du régiment ; ces derniers sont d'ailleurs, m'a-t-on dit, de plus en plus difficiles à recruter depuis que des ordres très stricts ont limité les travaux qu'ils peuvent faire pour les officiers, et par suite leurs bénéfices.

Je suis plus que sceptique à l'égard des résultats que donnerait un pareil mode de recrutement ; où trouvera-t-on des mécaniciens-dentistes, véritables ouvriers d'art, pouvant gagner facilement et largement leur vie ailleurs, qui consentiront à commissionner pour les maigres avantages de grade (caporal) et de solde que cela peut comporter ? On n'attirerait guère dans l'armée que le rebut de la profession, les paresseux et les incapables : ou bien il faudrait leur assurer des bénéfices suffisants sur la prothèse qu'ils feraient ; mais celle-ci ne remplira plus alors les conditions que j'énonçais en commençant, être robuste, simple et peu *coûteuse*.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÊTE DU TRENTENAIRE

La fête du trentenaire de la création des premières sociétés dentaires françaises et de l'enseignement odontologique, célébrant en même temps la réforme des études dentaires, a eu lieu conformément au programme que nous avons publié. Hâtons-nous de dire qu'elle a eu le plus grand succès et qu'elle fait honneur au Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, ainsi qu'à la F. D. N. qui l'ont conçue et que les organisateurs ont droit aux éloges et aux remercîments de tous ceux qui y ont participé.

Comme on sait, elle a débuté par une réunion de la Fédération dentaire nationale à son siège social, Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, le vendredi 21 mai, à 9 heures du soir sous la présidence de M. Francis Jean, président.

Après lecture du procès-verbal et de la correspondance par le secrétaire général, M. Blatter, l'assemblée a admis la Société des étudiants en chirurgie dentaire au nombre des sociétés adhérentes. Elle a procédé ensuite à la revision de ses statuts, qu'elle a adoptés avec diverses modifications. Elle a désigné M. Monnin (du Mans) pour porter un toast au banquet du lendemain au nom des dentistes de province. Enfin il a été décidé que les sociétés adhérentes feraient une active propagande en faveur du Congrès de Lille (section d'Odontologie de l'A. F. A. S.) et du Congrès dentaire international de Berlin, qui ont lieu tous les deux au mois d'août prochain. L'assemblée s'est séparée à minuit.

*
* *

Le samedi 22 mai, à 8 heures du soir, un banquet réunissait 200 convives, dont 40 dames environ, dans les salons de l'Hôtel Continental. Il avait lieu sous la présidence d'honneur des Ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique, du Commerce, et la présidence effective de M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine, assisté de M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, de M. le professeur Gariel, membre de l'Académie de médecine, de M. Desplas, député de Paris, membres du Comité de patronage, de M. Iriart d'Etchepare, député, de M. Dourgnon, maire du IXe arrondissement de Paris, etc.

Il a été des plus réussis : la salle, avec ses quatre tables garnies de

fleurs, éclairées par de grands lampadaires à bougies, indépendamment des lustres du plafond, présentait un coup d'œil imposant et gracieux, en raison des jolies et fraîches toilettes de soirée que portaient les dames, au milieu de la note sombre des habits noirs.

Les tables étaient disposées en trident : une table d'honneur, s'étendant dans toute la largeur de la salle, à laquelle venaient aboutir trois grandes tables parallèles s'étendant dans toute la longueur.

A la table d'honneur avaient pris place MM. Paul Strauss, Mesureur, Gariel, Mazeret, chef adjoint du cabinet du Ministre de l'Instruction publique et représentant ce dernier, M. Lapeyre, chef adjoint du cabinet du Ministre du Commerce, représentant ce dernier, Emile Chautemps, sénateur de la Savoie, Desplas, Iriart d'Etchepare, députés, Martin, directeur de la Monnaie, Godon, président du Groupement, Francis Jean, président de l'Association générale, et Barrié, président de la Société d'Odontologie.

Immédiatement auprès se trouvaient MM. Desgrez, professeur agrégé à l'Ecole de médecine, Grimbert, professeur à l'Ecole de pharmacie et directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux, Bouchez, colonel, Ricoux, major, et Michelin, commandant de la garde républicaine, Quintin, représentant et délégué de la Fédération dentaire nationale belge, Aguilar, président et représentant de la Fédération dentaire nationale espagnole, Davenport, président de l'American Dental Society of Europe, Hotz, président de l'American Dental Club of Paris, Spaulding, membre du Dental Advisory Board, Robinson, président du Pensylvania Dental Club de Paris, les membres des Conseils d'administration de l'Ecole et de l'Association, le corps enseignant de l'Ecole, MM. Claser, président d'honneur de l'Association, Martinier, directeur honoraire, Brodhurst, président du Syndicat des chirurgiens-dentistes du Centre, Siffre, représentant la Société odontologique de France, Thomas, représentant le Cercle odontologique, Doucedame, président de l'Union corporative des étudiants en chirurgie dentaire, puis venaient les adhérents au banquet et quelques élèves.

La musique militaire du 46e de ligne et un orchestre symphonique, placés chacun à une extrémité différente de la salle, faisaient entendre alternativement des morceaux pendant le repas.

Des gardes municipaux, qui étaient placés de distance en distance sur le grand escalier de l'hôtel lors de l'arrivée des convives, s'étaient rangés dans la salle face à face à intervalles réglés, pendant le repas, immobiles comme des statues.

Au dessert, M. Machtou, secrétaire de la Commission organisatrice des réunions des 22, 23 et 24 mai, donne lecture des deux lettres des Ministres de l'Instruction publique, du Commerce et de l'Industrie acceptant avec plaisir la présidence d'honneur de la

fête pour témoigner de leur intérêt au Groupement, puis de lettres d'excuses de MM. Ch. Dupuy, et Bienvenu-Martin, sénateurs, Millerand, Dubief, députés, Liard, recteur de l'Académie de Paris, Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, Mirman, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, Guignard, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie, auteur du rapport qui a donné lieu au décret du 11 janvier 1909, du prof. Dr Walkhoff, président de la Société centrale des chirurgiens-dentistes allemands du Ve Congrès dentaire international (Berlin, 1909, Rebeillard, conseiller municipal de Paris, Laurent-Cély, conseiller général de la Seine, Rebeillard, conseiller municipal, Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, G. Lamy, inspecteur général de l'Instruction publique, Générès, chef de bureau au Ministère de l'Instruction publique, Monod (H.), directeur honoraire de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, Paterson, secrétaire de la British Dental Association, au nom du président de celle-ci et du président de la Société odontologique de la Grande-Bretagne, Campion et Mummery, Guye, secrétaire de la F. D. I., vice-président de la Société odontologique suisse, Bôn (Maurice), au nom de la Société belge d'odontologie, du prof. Haderup, de Copenhague, de MM. Cunéo, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, Pont, président, et Guillot, directeur de l'Ecole dentaire de Lyon, Vicat, président de la Société d'Odontologie de Lyon, Frison, président de l'Association de l'Ecole odontotechnique, Thuillier, de Rouen, Pélissier, Eudlitz, Mauroy, Dr Pinet, Bardet, etc.

M. Machtou se félicite, pour la dentisterie française, des encouragements qui parviennent de toutes les capitales. « A l'heure où nous nous réunissons, dit-il, pour fêter notre Trentenaire et la réforme des études odontologiques, tout le monde dentaire, toutes les sections de la Fédération dentaire nous adressent d'un seul et même mouvement les marques de leur plus vive sympathie. »

Il communique ensuite des télégrammes de félicitations de MM. Quaterman, au nom de l'Association générale des dentistes de Belgique, prof. Walkhoff, au nom de la Société allemande des chirurgiens-dentistes allemands et de la Société des professeurs de dentisterie des Universités allemandes, Totiven, de Saint-Pétersbourg, Förberg, au nom de la Société dentaire suédoise et du Comité national suédois, Rygge, secrétaire de la Société des chirurgiens-dentistes norvégiens, Cerf, président du Cercle dentaire liégeois, Aguilar, au nom de la Société odontologique espagnole, Ayräpää, au nom des dentistes finlandais.

Puis, M. Godon, président du Groupement, prononce une allocution dans laquelle il expose à grands traits l'histoire des trente dernières années, rend hommage aux appuis rencontrés au Conseil

municipal, au Conseil général, au Parlement dans le corps médical, et porte un toast au Comité de patronage et à M. Paul Strauss, qui a toujours mis toute son influence au service de la profession en général et du Groupement en particulier.

M. Francis Jean, au nom de l'Association générale des dentistes de France et de la Fédération dentaire nationale, parcourt rapidement le passé de la profession depuis 1879, préconise l'union professionnelle si nécessaire, remercie tous ceux qui ont donné leur appui aux sociétés professionnelles et boit à la prospérité de l'Association et des sociétés adhérentes à la Fédération.

M. Strauss rend hommage aux ouvriers de la première heure, et notamment à M. Godon, puissamment secondé par M. Francis Jean, aux résultats qu'ils ont obtenus ; il félicite le Groupement d'avoir réussi, d'avoir coopéré au relèvement professionnel, d'avoir été le véritable collaborateur de l'Assistance publique en conservant son autonomie ; il lève son verre à l'avenir de la profession.

M. Mesureur rappelle qu'il se trouvait à la Commission du budget en 1892, 1893 et 1894 lorsque le Gouvernement lui demandait des crédits pour organiser l'enseignement officiel de l'art dentaire, dont le Groupement s'acquittait si bien et que la Commission du budget a fait repousser cette demande, préparant ainsi le triomphe célébré maintenant. Il est fier d'avoir aidé le Groupement à se développer.

M. Gariel rappelle la naissance du Congrès de 1900 et la création de la section d'odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences et constate que cette section est une des plus vivantes de l'Association. Il cite le Groupement comme un exemple de ce que peut faire l'initiative privée et voit son développement avec le plus grand plaisir.

M. Chautemps se souvient avec satisfaction de ses débuts au Conseil municipal de 1884, où il put faire accorder à l'Ecole dentaire de Paris une modique subvention. Il a rendu un plus grand service en faisant repousser par la Commission du budget de 1894 la demande de crédit du Gouvernement dont parlait avant lui M. Mesureur. Il termine en portant la santé des dames.

M. Desplas remercie le Groupement de l'avoir invité à sa fête. Il a gardé un bon souvenir de sa présidence de la séance de distribution des récompenses de l'Ecole dentaire de Paris en 1904 et il lève son verre à l'Association.

M. Iriart d'Etchepare raconte que, voulant se rendre compte par lui-même des services que rend l'Ecole dentaire de Paris, il s'y est rendu vêtu de la manière la plus modeste, gardant l'incognito, pour se faire soigner au Dispensaire ; il rend hommage à l institution et au bien qu'elle fait à la population pauvre.

M. Siffre, comme représentant de la Société odontologique de

France, rend justice au décret du 11 janvier 1909, aux efforts de M. Godon, et porte un toast à la liberté de l'enseignement dentaire.

M. Lapeyre, représentant le Ministre du Commerce et de l'Industrie, félicite l'Ecole de son œuvre à laquelle son Département s'intéresse vivement et lève son verre aux progrès scientifiques qu'elle a réalisés.

M. Quintin expose à grands traits l'historique de la Fédération dentaire nationale belge, et remercie de l'invitation qu'il a reçue.

M. Hotz, au nom de l'American Dental Club of Paris, a pu apprécier, depuis qu'il est établi en France, ce pays hospitalier par excellence, les progrès de l'art dentaire français. Il lève son verre à la France et à la République française.

M. Roy, au nom de *L'Odontologie* et de la presse professionnelle, rappelle le passé et le développement de ce journal; enfant de l'Ecole dentaire de Paris, il est particulièrement heureux de son développement et de la belle fête du trentenaire et boit à la prospérité de l'art dentaire autonome.

M. Monnin (du Mans), au nom des dentistes de province, félicite le Groupement de l'œuvre à laquelle il s'emploie, des rapports agréables qu'ont avec lui les Sociétés provinciales et boit à l'union sincère de tous les odontologistes.

M. Paul Jean, au nom des élèves de l'Ecole dentaire de Paris, remercie l'institution de l'enseignement qu'elle leur donne.

Pour terminer, M. Strauss se fait l'interprète des délégués auxquels, faute de temps, il n'a pu accorder la parole (MM. Doucedame, Thomas, etc.) et remercie le Groupement, au nom de ses amis du Parlement, et forme le souhait de voir le Gouvernement reconnaître par des récompenses les efforts de ses membres, remercie les représentants des Sociétés étrangères et boit à la F. D. N. et à la F. D. I.

*
* *

Le banquet est terminé ; le café et les liqueurs sont servis ; puis, les convives, renforcés de nouveaux invités venus seulement pour la soirée artistique, entendent un concert vocal et instrumental, avec monologues et pièces de vers. Des artistes, parfaitement choisis, comme M. Galipaux, M. Coste, de l'Odéon, et Mlle Valney, recueillent des applaudissements mérités en exécutant un programme composé avec goût.

Ce n'est guère qu'à deux heures du matin que le concert prend fin.

*
* *

Le dimanche 23 mai, le matin, à l'Ecole dentaire de Paris, une séance de démonstrations pratiques organisée par la Société d'Odontologie

de Paris et une exposition de fournisseurs, réunissaient une nombreuse assistance.

A midi avait lieu un lunch en commun dans les salons de l'Hôtel Terminus, à la gare du Nord.

Après-midi, une excursion très réussie à Chantilly groupait quatre-vingts personnes environ. Grâce à une organisation parfaite, le programme de cette journée put être exécuté de point en point. Des voitures et des breaks emmenèrent les invités au château de Chantilly, qui put être visité tout à loisir, puis, à travers la forêt, jusqu'aux étangs de la Reine où une collation les attendait sous de frais ombrages; toute la journée la plus saine gaîté et la plus franche cordialité n'ont cessé de régner.

Le lundi 24 mai, le matin, visite de l'Ecole dentaire de Paris et pose d'une plaque commémorative de la fondation du Groupement, nouvelle séance de démonstrations pratiques et exposition d'instruments nouveaux. La pose de la plaque commémorative a eu lieu sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur, qui a prononcé quelques paroles pour féliciter l'Ecole une fois de plus et boire à nouveau aux succès de l'institution.

Le soir, à 8 h. 1/2, séance de la Société d'Odontologie de Paris.

Nous donnons ci-après le programme de ces diverses séances dont nous publierons ultérieurement le compte rendu détaillé.

Démonstrations pratiques du 23 mai (matin).

I. — Les différentes méthodes de coulée des pièces métalliques :

1° *M. Réal.* — Coulée dans des moules où l'on a fait le vide.

2° *M. Solbrig.* — Coulée sous pression de vapeur d'eau.

3° *M. Ferrand.* — Coulée par la force centrifuge.

II. — *M. Siffre.* — *a)* Trépanation coronaire au point d'élection pour le cathétérisme des canaux radiculaires.

b) Traitement par l'acide sulfurique des canaux radiculaires infectés.

III. — *M. Aubourg.* — Technique actuelle de la radiographie en odontologie.

IV. — *M. Amoëdo.* — Présentation d'un nouvel articulateur anatomique.

V. — *M. Touchard.* — Anesthésie de la dentine et de la pulpe par les injections sous-muqueuses de cocaïne-adrénaline.

VI. — *M. Morineau.* — Présentation d'un condensateur pour l'obturation à l'or non cohésif. — Technique d'aurification à l'or non cohésif.

VII. — *MM. G.* et *H. Villain.* — Présentation de cas d'orthopédie dentaire.

VIII. — *MM. G. Villain* et *Lanos*. — Présentation de bridges.

IX. — *MM. G. Fouques* et *Staviski*. — Anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. *(Salle Horace Wells.)*

Démonstrations pratiques du 24 mai (matin).

I. — *M. Cavalié*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux. — Diagnostic des maladies de la pulpe et, spécialement, diagnostic électrique. — Importance du diagnostic pour déterminer l'état de la pulpe et pour choisir le mode de traitement. *(A 9 h. 1/2, Grand Amphithéâtre.)*

II. — *M. Levett*. — Technique de l'aurification avec l'or Corona.

III. — *M. Roy*. — Curetage alvéolo-radiculaire. — Opérations diverses de chirurgie buccale. (*Salle Horace Wells*.)

IV. — *M. Barrié*.— Transplantation dentaire.

V. — *M. Blatter*.— Résection apicale.

VI. — *M.* et *M*me *Fildermann*. — Traitement des caries du 4e degré par l'aspiration.

VII. — *M. Miégeville*. — Présentation d'un nouvel inhalateur pour narcose. *(Salle Horace Wells.)*

VIII. — *M. Machtou*.— Technique des inlays céramiques.

IX.— *MM. G.* et *H. Villain*. — Présentation de cas d'orthopédie dentaire.

Communications orales du 24 mai (soir).

1° — Opération pour atrésie cicatricielle du pharynx, par *M. le Dr C.-J. Kœnig*.

2° — Présentation d'un enfant porteur d'un dilatateur du pharynx nasal, système Delair, contre la symphyse palato-pharyngienne, par *M. Delair*.

3° — Les sérums et l'immunité ; considérations générales sur la défense buccale, conférence par M. le Dr Frey.

*
* *

Le président de la Société d'Odontologie a clos la série des séances de la fête du Trentenaire en remerciant tous ceux qui ont contribué à son organisation, les confrères provinciaux et étrangers qui nous ont fait l'honneur de venir y assister et la presse qui lui a fait une large publicité.

UNE DEMANDE DE CROIX

Tous nos lecteurs connaissent les remarquables travaux de prothèse restauratrice de notre éminent collaborateur M. Léon Delair et tous savent avec quel zèle, avec quel désintéressement il se prodigue sans cesse pour les malheureux mutilés qui, toujours plus nombreux, viennent faire appel à son inlassable dévouement.

Les appareils qu'il a exécutés pour ces déshérités du sort sont des merveilles d'ingéniosité et, grâce à eux, il a pu rendre la vie acceptable à de nombreux malheureux, sans lui voués au désespoir.

Prothèse des maxillaires, prothèse nasale, prothèse de la face, il a réalisé dans ces divers domaines des prodiges de restauration ; par ses larynx artificiels il a su rendre la voix à de pauvres malheureux frappés d'une des plus graves infirmités, enfin par ses remarquables travaux de prothèse crânienne dont nos lecteurs ont eu un nouvel exposé dans notre dernier numéro, il a apporté à la chirurgie du crâne un progrès très important.

Tous ces titres et bien d'autres le désignent depuis longtemps pour une distinction officielle que nos diverses Sociétés sollicitent pour lui ; aussi est-ce avec plaisir que L'Odontologie *appuie de toutes ses forces la pétition ci-dessous que l'Association générale des dentistes de France se propose d'adresser aux pouvoirs publics, et nous faisons appel, nous aussi, à tous nos confrères pour qu'ils appuient de leur signature cette proposition faite pour récompenser un de ceux qui honorent le plus notre profession.*

L'Odontologie.

Association générale des dentistes de France.

L'Association générale des dentistes de France a décidé, dans son assemblée générale du 24 janvier dernier, de renouveler la demande de croix de la Légion d'honneur qu'elle a adressée à M. le Ministre de l'Intérieur en faveur de M. Léon Delair, son ancien président, les 23 décembre 1907 et 3 juillet 1908. Elle a décidé également de faire appel, pour appuyer cette demande, aux diverses Sociétés françaises, ainsi qu'aux dentistes qui seraient disposés à se joindre à elles. Les titres scientifiques de M. Delair à cette distinction et ses remarquables travaux de prothèse lui ont valu une réputation universelle. Il n'est donc pas besoin d'y insister.

En conséquence on est prié de faire parvenir les apostilles pour la pétition, dans le plus bref délai, à M. le Président de l'Association générale des dentistes de France, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

PROCÉDÉS D'UN SYNDICAT DE CHIRURGIENS-DENTISTES

L'Association générale des dentistes de France fut saisie en 1908 par plusieurs de ses membres habitant Bourges d'une plainte contre un de leurs concitoyens qui exerçait illégalement l'art dentaire. Cette plainte fut examinée et fut reconnue fondée par la Chambre syndicale (ou Comité syndical), qui, comme on le sait, est une des commissions nommées par le Conseil de direction de l'Association lors de son renouvellement chaque année (art. 31 des statuts).

Aux termes de l'article 31 des statuts, le Conseil de direction choisit tous les ans dans son sein plusieurs commissions chargées spécialement de l'administration des divers services de la Société :

1° *Le* Comité syndical *(appelé habituellement Chambre syndicale), composé de cinq membres, chargé :*

a) *De prendre la défense des intérêts professionnels des divers membres de l'Association lorsqu'ils sont menacés ;*

b) *De servir d'arbitre volontaire entre les patentés et leurs employés, entre les dentistes et leurs clients ;*

c) *De faciliter la recherche des emplois ou des employés ;*

d) *De se mettre en rapports avec le Gouvernement, les départements ou les communes, lorsque l'intérêt professionnel le commande.*

Il peut demander la convocation du Conseil de direction de l'Association et même la réunion de l'assemblée générale lorsque les intérêts professionnels l'exigent ; dans ce cas le Conseil de direction se constitue en Chambre syndicale.

La Chambre décida donc de poursuivre, mais auparavant elle soumit le cas au Conseil de direction, qui approuva l'action judiciaire et donna mandat et pouvoir à la Chambre et au président de celle-ci de l'intenter en se portant partie civile (séance du 31 octobre 1908).

La cause fut confiée à l'avocat de l'Association et à un avoué de Bourges, l'instance fut engagée et mise au rôle et elle allait venir à l'audience lorsque le syndicat en question, qui n'était ni partie ni intéressé au procès ni requis par les plaignants et que par conséquent celui-ci ne regardait nullement, intervint par l'organe de son avocat habituel, prétendant que la *Chambre syndicale* n'avait pas d'existence légale et n'avait point qualité pour introduire une instance.

Rappelons, à ce propos, qu'aux termes de l'article 23 de nos statuts le Conseil de direction de l'Association a les pouvoirs d'administration les plus larges et qu'il peut donner à son président l'autorisation d'introduire une instance judiciaire ou de transiger, et que, aux termes de l'article 29, le trésorier a qualité pour représenter la Société en justice et dans les actes de la vie civile.

On s'étonnera à bon droit qu'une Société comme ledit syndicat, dont toute l'activité se borne à intenter des poursuites pour exercice illégal de l'art dentaire au point d'être connu pour cela par tous les tribunaux français, soit intervenu ainsi sans mandat et sans intérêt dans un procès qui a précisément pour but de faire respecter le droit d'exercice par ceux qui le méconnaissent, à moins que ce syndicat, qui s'est attribué ce rôle, ne prétende s'en réserver le monopole. Il est vrai que, dans la circonstance, ce syndicat était animé à l'égard de l'Association d'un esprit que nos membres et que les lecteurs de ce journal connaissent depuis longtemps pour l'avoir vu se manifester sous bien d'autres formes.

Quoi qu'il en soit, le Conseil de direction de l'Association, saisi de la question dans sa séance du 15 de ce mois, après avoir constaté que les statuts de l'Association ont été déposés régulièrement le 22 avril 1885 à la Préfecture de la Seine, conformément à la loi de 1884 sur les syndicats professionnels, suivant le récépissé entre ses mains, et après s'être constitué en Chambre syndicale suivant l'article 31 de ses statuts, a voté l'ordre du jour suivant, dont il a décidé l'insertion dans *L'Odontologie :*

« Le Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, mis au courant dans sa séance du 15 mai 1909, de l'intervention injustifiée d'un syndicat de chirurgiens-dentistes dans un procès en cours pour exercice illégal, dénonce à la profession ce procédé blâmable, contraire aux intérêts généraux de celle-ci, et passe à l'ordre du jour. »

A la profession de juger maintenant la manière d'agir du dit syndicat, qui prétend défendre les intérêts des chirurgiens-dentistes.

Son intervention dans cette circonstance montre une fois de plus que son action est le plus souvent dictée par des rancunes personnelles.

Ajoutons que le délinquant n'en a pas moins été condamné à la suite de la demande de la Chambre syndicale de l'Association générale des dentistes de France.

CORRESPONDANCE

École et Clinique dentaires
DE BORDEAUX
10, *rue Margaux*, 10

Bordeaux, le 31 mars 1909.

Monsieur le Rédacteur,

Voulez-vous me permettre quelques rectifications sur ce que vous avez dit de Bordeaux dans *L'Odontologie* du 15 mars 1909, à l'article « Peine perdue ». Certains points de cet article permettent l'équivoque et, par leur imprécision ou leur inexactitude, m'atteignent et me nuisent, ce qui, certainement, est contre votre intention.

« A Bordeaux, dites-vous, les dentistes divisés ne purent s'entendre et une Ecole indépendante de toute association professionnelle fut tout d'abord fondée ; mais cela ne fit qu'augmenter les divisions. »

Il semblerait, à cette lecture, que les divisions prirent leur importance comme une conséquence immédiate de cette fondation. Il n'en est rien. La division éclata après neuf ans d'existence de l'Ecole et entre les membres de cette Ecole. Je rappelle que l'Ecole n'avait pas été fondée par souscription, mais par actions souscrites entre les professeurs, chirurgiens-dentistes et docteurs et quelques étrangers au corps scientifique.

Ces étrangers, voyant arriver l'heure de la dissolution de la Société et voulant se conserver une part dans le succès inattendu de l'œuvre, firent naître la zizanie, groupèrent autour d'eux quelques mécontents et fondèrent une Ecole rivale. Naturellement les polémiques furent ardentes, chacun voulut tirer à soi la couverture... mais pour personne **« l'amour du galon »** ne fut un mobile.

Sous ses formes diverses, quelque aigreur qu'elle contienne, la concurrence est chose fatale et même utile. La cellule a sa karyokinèse. Et, contrairement, à votre opinion, les polémiques ne furent nuisibles ni aux uns ni aux autres, car « l'Ecole et Clinique dentaires de Bordeaux » conserva 75 élèves et la « Nouvelle Ecole » en eut 27 ou 30, soit un total de 105 ou 110 élèves, qui se répartirent sans hésitation entre elles.

« L'Université de Bordeaux, continuez-vous, profita de cette désunion pour fonder l'Ecole dentaire officielle ; et celle-ci eut tôt fait de recueillir les hésitants, ainsi que toutes les épaves des trop nombreuses Ecoles dentaires de Bordeaux, qui durent disparaître les unes après les autres, faute d'élèves. »

Tout d'abord il n'y eut que deux Ecoles, puis vint une troisième dont je ferai justice dans un instant et en même temps celle de la Faculté. C'est ainsi qu'il y eut quatre Ecoles.

L'Université, en effet, était jalouse de voir prospérer hors de son initiative et de son giron une œuvre libre et des hommes indépendants d'elle et il était facile de prévoir depuis longtemps qu'elle ferait appel aux élèves dentistes, ne serait-ce que pour masquer la baisse des étudiants en pharmacie. Ce jour arriva, lorsqu'un professeur agrégé à la Faculté, ayant sollicité et obtenu de moi un emploi qu'il conserva trois ans dans l'Ecole, chercha dans la chirurgie dentaire le moyen d'atteindre une chaire et fit, un an après m'avoir quitté,..... instituer l'enseignement officiel (?).

Mais en fait **« d'élèves hésitants »** ou **« d'épaves de trop nombreuses Ecoles »** il n'eut guère que les élèves de mon Ecole et un ou deux dissidents de l'autre.......... Mais les élèves de la « Nouvelle Ecole », qu'il ne connaissait pas, n'allèrent pas à la Faculté.

« Et les trop nombreuses Ecoles, ajoutez-vous encore, durent disparaître les unes après les autres, faute d'élèves... »

Ce n'est pas exact.

La « Nouvelle Ecole » a fermé ses portes cette année seulement. Elle avait encore trente élèves. Arrivant à la fin de son bail et prévoyant des tracasseries administratives, tous les fonctionnaires marchant contre les personnalités et les institutions libres comme un seul homme, elle s'est arrêtée. Quant à l'Ecole et Clinique dentaires que je dirige, malgré la persécution officielle, elle n'a pas, que je sache, fermé ses portes, elle a encore 27 élèves et se propose de continuer.

Quant à la troisième Ecole, qui, avec celle de la Faculté, faisait la moitié des **« trop nombreuses Ecoles »**, ce ne fut pas, à proprement parler, une Ecole. Un façonnier....., ne pouvant, faute de titre, ouvrir un cabinet dentaire, se recruta trois docteurs pour ouvrir une Ecole et, par ce subterfuge, tourner la loi et exploiter la clientèle.

Il ne faut donc pas accuser les polémiques pour expliquer la confiscation officielle de l'enseignement dentaire à Bordeaux, mais seulement des intérêts universitaires. Car, si la polémique pouvait y faire quelque chose — que *L'Odontologie* regarde la double bataille qu'elle soutient et les coups irréparables qui se portent — l'enseignement officiel serait déjà organisé à Paris et il nous est bien permis de penser que, dans ce cas, les Ecoles libres de Paris eussent été aussi touchées que celles de Bordeaux.

Je me joindrais enfin à la rédaction pour féliciter les Ecoles dentaires de Paris et de Lyon d'avoir échappé à cet acte de spoliation et je leur souhaiterais prospérité et longue vie si je ne voyais dans les

nouveaux décrets un moyen subreptice de translation de la profession dentaire aux docteurs en médecine. Il y a là les conditions de la fin commune de toutes les Ecoles et de l'aristocratisation de la dernière profession libérale qui laissait un accès facile aux déshérités de la fortune, aux ouvriers, aux mécaniciens, aux successeurs en un mot des premiers et vaillants camarades qui eurent l'idée et la force de former l'enseignement professionnel en France.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, mes salutations distinguées.

D[r] G. ROLLAND.

M. Rolland nous ayant adressé la lettre ci-dessus, nous la publions en en retranchant seulement quelques passages qui mettaient des tiers en cause, afin de ne pas susciter de polémiques personnelles. Comme on le voit, M. Rolland, sauf quelques rectifications de détails, confirme ce que nous avions avancé : qu'il y a eu quatre écoles dentaires à Bordeaux, qu'il y a eu des divisions professionnelles et que l'Ecole de la Faculté s'est formée aux dépens des écoles libres.

N. D. L. R.

BIBLIOGRAPHIE

Behandlung der Okklusionsanomalien der Zähne Angle's System.

Von Edward H. Angle

Deutsche Uebersetzung von J. Grunberg (Berlin), redigiert von Dr Oppenheim (Wien).

MM. J. Grünberg, de Berlin, et Oppenheim, de Vienne, ont demandé et obtenu l'autorisation de traduire en allemand l'ouvrage d'Angle intitulé *Traitement des anomalies d'occlusion des dents* (7e édition).

Cette traduction, qui a paru chez Hermann Meusser, de Berlin, représente un gros volume de 630 pages, composé d'une préface de l'édition allemande, des préfaces des 6e et 7e éditions, d'une introduction, de vingt chapitres, d'un supplément, de considérations finales et d'un index alphabétique.

Le chapitre 1er est consacré à l'occlusion ; le chapitre 2, aux anomalies d'occlusion ; le chapitre 3, à l'esthétique et au visage, le chapitre 4, à l'étiologie de ces anomalies ; le chapitre 5, au procès alvéolaire et à la membrane radiculaire ; le chapitre 6, aux changements physiologiques des tissus comme phénomènes concomitants des mouvements des dents ; le chapitre 7, aux changements physiologiques des tissus comme phénomènes consécutifs de ces mouvements ; le chapitre 8, aux modèles ; le chapitre 9, aux appareils de redressement ; le chapitre 10, aux appareils imaginés par l'auteur ; le chapitre 11, à la soudure ; le chapitre 12, à l'ancrage ; le chapitre 13, à la pose et au maniement des appareils ; le chapitre 14, à la rétention ; le chapitre 15, au traitement ; le chapitre 16, au traitement des cas de la 1re classe ; le chapitre 17, au traitement des cas de la 2e classe, 1re section ; le chapitre 18, à celui des cas de la 2e classe, 2e section ; le chapitre 19, à celui des cas de la 3e classe. Le chapitre 20 s'occupe des interventions chirurgicales. Le supplément traite de divers appareils et de différentes combinaisons. Les considérations finales comprennent neuf conclusions très condensées.

Ce traité, édité avec soin sur beau papier, est illustré de 641 figures, qui contribuent puissamment à faire comprendre l'exposé de l'auteur.

Il y a lieu de féliciter les traducteurs du travail considérable qu'ils ont dû fournir pour mener à bien cette entreprise.

Livres reçus.

Nous avons reçu de M. E. Paul, chirurgien-dentiste à Dresde, une brochure intitulée *Zur Kenntnis der fusiformen Bazillen und zahnspirochäten* (Contribution à l'étude des bacilles fusiformes et des spirochètes dentaires). Cette brochure, de 40 pages, ne compte pas moins de 28 figures et comprend une copieuse bibliographie. Elle se trouve chez l'éditeur Julius Springer, Berlin.

Nous avons reçu également les comptes rendus du premier Congrès de Stomatologie (Paris 1907) publiés par les soins de M. Chompret, secrétaire général. (Un vol. in-8°, 648 pages. — Allard, éditeur, Tours.)

Histoire de la dentisterie de Guerini.

Le Comité d'histoire de l'Association dentaire nationale américaine annonce que l'histoire de la dentisterie de notre confrère M. Guerini, de Naples, a paru le 1er mai 1909, chez l'éditeur.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Bacri, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre son père, le 2 de ce mois, à l'âge de 60 ans.

Nous adressons à M. Bacri nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

Mariages.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de M[lle] Lucie Lemerle, fille de notre confrère M. Lucien Lemerle, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, avec M. Léon Rigaud, pharmacien.

Bien que, en raison d'un deuil récent, la cérémonie ait eu lieu dans la plus stricte intimité, le mardi 4 mai 1909, plusieurs membres du Conseil d'administration et du Corps enseignant de l'école avaient tenu à apporter leurs compliments aux nouveaux époux et à témoigner de nouveau à M. Lemerle la vive sympathie qu'il leur inspire.

Nous adressons à notre tour à M. Lemerle et à sa famille, ainsi qu'aux jeunes époux, nos très sincères félicitations.

*
* *

Nous apprenons aussi le mariage de M. André Mesureur, chef de cabinet du directeur de l'Assistance publique, avec M[me] Marguerite Rodanet, fille du feu maire du II[e] arrondissement, célébré le 25 mai. Les témoins du marié étaient MM. Henri Brisson et Léon Bourgeois ; ceux de la mariée, MM. Rodanet, son oncle, et le D[r] Tapret.

Nous prions M. André Mesureur, son épouse et les deux familles d'accepter nos plus sincères félicitations.

*
* *

Nous apprenons également le mariage de M[lle] Madeleine Fléty, fille de notre confrère M. Fléty (de Dijon), membre du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France, avec M. Georges Benoist ; la cérémonie a eu lieu le 19 avril dernier.

Nous exprimons à M. Fléty, à sa famille et aux nouveaux époux nos vives félicitations.

*
* *

Nous apprenons enfin le mariage de M[lle] Charavet, fille de notre

confrère M. G. Charavet, avec M. Charles Petter, lieutenant de l'armée suisse, célébré le 27 avril dernier.

Nous envoyons à notre confrère, à sa famille et aux nouveaux époux nos sincères félicitations.

Erratum.

Une erreur d'impression nous a fait dire p. 456, 3ᵉ paragraphe, nº du 15 mai, *vers le mois* de *mai* 1908 au lieu *vers le mois de mai* 1907.

Bourses d'études.

Par diverses délibérations récentes le Conseil municipal de Paris a accordé des secours d'études à des élèves de l'Ecole dentaire de Paris.

La Fondation Pierre Budin.

On a inauguré le lundi 24 mai, à 3 heures, une œuvre très intéressante, qui a pour but de donner des soins éclairés à l'enfance. C'est la fondation Pierre Budin : elle est située rue Falguière, 91, et comprend des locaux vastes et aérés, avec grand jardin.

M. Emile Loubet présidait la cérémonie, entouré de MM. Paul Strauss, sénateur et président de l'œuvre ; Mirman, Mesureur, Drs Faisans, Maygrier, Labbé, Landouzy, Henri de Rothschild, etc.

Successivement, MM. Paul Strauss, Maygrier, Labbé, Landouzy, Henri de Rothschild prirent la parole et louèrent l'œuvre accomplie par Budin. Puis, M. Emile Loubet prononça un discours éloquent, disant combien les soins éclairés donnés à l'enfance ont eu pour résultat de diminuer chez celle-ci la mortalité, et attirant en même temps l'attention de M. Mirman sur le cas d'inspecteurs de l'Assistance, qui, en province, ne remplissent pas toujours leurs fonctions avec un zèle suffisant. M. Emile Loubet conclut en saluant une ère nouvelle de bonté.

On visite ensuite les dépendances de l'œuvre, où, dès maintenant, seront données deux consultations par semaine, confiées aux bons soins de quatre médecins dévoués.

Médaille commémorative du Trentenaire.

Il a été décidé qu'une médaille de bronze serait frappée et remise à tous les confrères ayant pris part aux fêtes du Trentenaire, pour le prix de 4 francs.

S'adresser pour l'obtenir au Secrétariat de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

GROUPEMENT

DE

L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

et de l'Association générale des Dentistes de France.

CHAMBRE SYNDICALE

OFFRES ET DEMANDES

Réservées aux Membres du Groupement.

N° 271. — Chirurgien-dentiste (province, centre) demande opérateur diplômé pour remplacement pendant le mois de juin.

N° 272. — Très bon opérateur D. D. S. demande place à Paris.

N° 278. — Chirurgien-dentiste demande à faire un remplacement en septembre.

N° 282. — On demande à vendre cabinet dans ville maritime du Nord.

N° 283. — Secrétaire-caissier-comptable (très bonnes références) demande place chez un dentiste.

N° 287. — Bon opérateur, 26 ans, demande place à Paris.

N° 294. — Jeune chirurgien-dentiste, D. E. D. P., fils de dentiste, demande place d'opérateur en Angleterre.

NOTA. — Adresser les demandes par écrit à la *Chambre syndicale*, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, ou à *M. Delair*, président, 12, rue Cernuschi.

Prière aux Membres qui ont reçu satisfaction d'en aviser le Président.

29e ANNÉE. N° 11 15 JUIN 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES SUPPURATIONS DU SINUS MAXILLAIRE[1]

Par MM.

L. FREY, Professeur

G. LEMERLE, Professeur suppléant

A l'École dentaire de Paris.

Chapitre extrait de la 3e édition du Manuel de pathologie de la bouche et des dents.

Le sinus maxillaire (antre d'Highmore) est une vaste cavité située dans l'épaisseur de l'os maxillaire supérieur ; elle est de forme assez irrégulière, pouvant être comparée à une pyramide triangulaire dont la base correspondrait à l'orbite et le sommet tronqué à l'arcade alvéolaire. On peut donc lui considérer quatre parois, trois verticales et une horizontale.

La paroi supérieure, horizontale, formant la base de la cavité, répond au plancher de l'orbite ; elle est obliquement traversée par un canal qu'occupe le nerf sous-orbitaire. La paroi interne est en rapport avec les fosses nasales. C'est sur elle que siègent les orifices du sinus maxillaire, au nombre de deux : l'un constant, placé en avant dans l'infundibulum ; l'autre inconstant, siégeant à la partie moyenne du méat moyen.

1. Nos collaborateurs MM. Frey et G. Lemerle vont faire paraître la 3e édition de leur *Manuel de pathologie dentaire*, faisant partie de la collection du *Manuel du chirurgien-dentiste*. Nous en publions un des chapitres les plus intéressants, que les auteurs ont mis au point et dont ils ont bien voulu nous communiquer les épreuves.

La paroi antérieure, la plus épaisse des quatre faces, répond à la fosse canine.

Enfin, la paroi postéro-externe fait saillie dans la fosse zygomatique.

Des bords du sinus maxillaire, l'inférieur seul est important ; il est formé par la convergence des trois parois verticales et représente le sommet tronqué de la pyramide ; il correspond à l'arcade alvéolaire supérieure.

La cavité du sinus, tapissée par une membrane muqueuse continue avec la pituitaire, est séparée des racines des deux premières grosses molaires par une mince couche de tissu osseux ; quelquefois on les y trouve à nu [1].

Ce fait est expliqué par le développement même de la cavité sinusale. A la naissance, cette cavité se présente sous forme d'une fente antéro-postérieure ; elle s'accroît peu pendant les premières années de la vie, et augmente d'une façon sensible au moment de la puberté ; elle continue à s'accroître dans l'âge adulte, et atteint son maximum de développement dans la vieillesse [2].

Le sinus, devenant progressivement plus spacieux, voit donc ses parois diminuer peu à peu d'épaisseur, si bien que les racines qui s'y trouvaient primitivement entièrement contenues peuvent finir par émerger dans la cavité sinusale.

Sur le plancher du sinus, sous la muqueuse, cheminent les filets nerveux qui se rendent aux molaires.

L'existence d'une collection de pus dans la cavité du sinus maxillaire a reçu le nom d'*abcès du sinus ;* cette dénomination doit être rejetée, car elle ne répond pas à la réalité. « Il n'existe pas d'abcès du sinus, dit Magitot [3], il existe des abcès des parois ou du voisinage, lesquels s'ouvrent ou non dans le sinus. » Lorsqu'une collection suppu-

---

1. BOURGEOIS, *Etude anat. et pathol. du sinus maxillaire dans ses rapports avec les dents*, Thèse de Lille, 1885.

2. TILLAUX, *Traité d'anatomie topographique.*

Voir également : E. THOUMIRE, *Considér. anat. sur le sinus maxill.* Thèse de Paris, 1901.

3. MAGITOT, *Arch. de Stomatologie*, août 1894 et juillet 1895, et FREY, *Monog. de la dent de 6 ans.* Thèse de Paris, 1896.

rée formée dans le voisinage fait issue dans la cavité du sinus et y séjourne d'une façon temporaire [1], on lui donne le nom d'*empyème du sinus* par analogie avec l'empyème pleural ou de *pyosinus*. Ce terme n'est exact que si le pus, d'origine strictement exogène, n'a pas eu le temps d'infecter la muqueuse du sinus. L'empyème du sinus est donc un état essentiellement passager correspondant à l'évolution et à l'évacuation de collections de voisinage (d'origine dentaire ou non). Si l'empyème se prolonge, il aboutit, au bout d'un temps plus ou moins long, suivant la résistance de la muqueuse à l'infection étrangère, à une suppuration endogène ; dès lors il ne s'agit plus d'empyème du sinus, mais de *sinusite* ou *pyosinusite*.

On donne le nom de sinusite, en effet, à l'inflammation de la muqueuse qui tapisse le sinus ; secondairement, et à titre de complication, la paroi osseuse peut être atteinte d'ostéite.

Suivant l'évolution aiguë ou le passage à la chronicité du processus inflammatoire, les caractères cliniques de l'affection s'offrent sous des aspects très différents. Avec plus de facilité nous examinerons séparément les sinusites aiguës et les sinusites chroniques, quoique cette division devienne ainsi un peu schématique.

§ II. — Sinusites aiguës.

La sinusite maxillaire aiguë est presque toujours d'origine nasale. Elle s'observe principalement au cours de la grippe, l'inflammation de la muqueuse nasale se propageant à la muqueuse sinusale. Le début est brusque. Le malade accuse des douleurs parfois très vives, particulièrement dans la région sous-orbitaire et au niveau de l'arcade dentaire correspondant au sinus malade. Ces douleurs sont occasionnées par la muqueuse gonflée et congestionnée, qui comprime les nerfs cheminant sur les parois de l'antre, notamment au niveau du plancher où les filets dentaires se trouvent placés immédiatement sous le revêtement muqueux.

---

1. Lermoyez, *De la guérison spontanée de l'empyème vrai du sinus maxillaire* (*Annales des Maladies de l'oreille et du larynx*, janvier 1904, p. 7).

L'intensité des douleurs diminue au bout de quelques jours ; l'évacuation du pus s'établit par les voies naturelles ; le malade mouche du pus plus ou moins abondamment et, dans les cas favorables, tout rentre dans l'ordre au bout d'une quinzaine de jours. Parfois, l'infection persiste et passe à la chronicité.

Il existe en somme différents types cliniques, depuis la sinusite aiguë qui guérit seule, et celle qui résiste à tout traitement pour aboutir à la formation de lésions chroniques justiciables de la cure radicale.

« On ne peut encore, dit Lermoyez, établir pour le sinus ce que Netter a fait pour la plèvre, c'est-à-dire un rapport entre la nature microbienne et l'évolution clinique des sinusites. Avec Tissier, il est permis de croire que les sinusites à pneumocoques sont celles qui ont une tendance naturelle à guérir ; que celles à streptocoques sont plus graves ; que celles qui sont fétides, polymicrobiennes, sont les plus tenaces. Malheureusement ce ne sont là que des hypothèses, et nous savons seulement qu'il existe non pas *une,* mais *des* sinusites purulentes, comme il existe des méningites, des otites, des pleurésies suppurées. »

Quoique la sinusite aiguë ressortisse exclusivement à la rhinologie, le dentiste aura cependant souvent l'occasion d'en rencontrer dans sa pratique courante.

Certains malades, en effet, souffrant de douleurs dentaires nullement localisées, dues à la compression des filets nerveux radiculaires, vont demander à l'odontologiste un soulagement à leur névralgie. Il importe en pareil cas de savoir dépister l'existence d'une sinusite aiguë pour éviter de regrettables erreurs de diagnostic. « D'abord vague et généralisée à toute la tête, la douleur se localise bientôt dans une ou plusieurs dents de la mâchoire supérieure, généralement la seconde grosse molaire, mais quelquefois aussi dans les prémolaires. La douleur est continue et assez intense pour que les malades aient l'impression qu'un abcès se forme au niveau de la dent et c'est généralement avec la conviction qu'on va procéder à une

extraction immédiate qu'ils viennent trouver le dentiste.

A la percussion, les malades accusent de la douleur dans une ou plusieurs dents, le plus souvent dans les deux dernières grosses molaires, principalement dans la seconde molaire, qui est la dent la plus souvent incriminée [1]. Mais si l'on vient à explorer avec le doigt le vestibule de la bouche, on trouve une chose très caractéristique, c'est une douleur, très vive à la pression, de toute la tubérosité de l'os malaire. La table alvéolaire externe est légèrement sensible aussi à la pression du doigt, mais infiniment moins que la tubérosité malaire et, si l'on explore alors cet os du côté de la peau, on s'aperçoit qu'il existe à son niveau, et jusque sur l'arcade zygomatique, une sensibilité très vive à la pression, que l'on retrouve également au niveau des trous sous et sus-orbitaires [2]. »

§ III. — Sinusite chronique.

Lorsqu'une sinusite aiguë se prolonge et passe à l'état chronique, sa muqueuse subit une dégénérescence fongueuse, mode de réaction commun aux infections des cavités de la face.

Ce sont ces lésions qui caractérisent la sinusite chronique et entretiennent une suppuration interminable.

De même un empyème du sinus d'origine dentaire entraîne, au bout d'un certain temps, une altération plus ou moins sensible de la muqueuse. Dans ce cas, tout à fait au début, la lésion sinusale est constituée par un véritable coryza du sinus [3]. Plus tard, si l'on n'intervient pas, la muqueuse enflammée aboutira à la dégénérescence fongueuse de la sinusite chronique ainsi définitivement constituée.

---

1. Il faut noter que jamais cette douleur provoquée par la percussion n'est aussi intense que la douleur spontanée, contrairement à ce qui s'observe dans l'arthrite, complication du 4e degré (Voir discussion *Soc. Odontol.*, Frey).

2. Roy, *Pseudo-Odontologie d'origine grippale* (*Odontologie*, 30 mai 1907, p. 448).

3. Cruet, *Pathogénie et traitement des sinusites d'origine dentaire*. (*Rev. de Stomatologie*, oct. 1906, p. 496). — Vaysse, *Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire* Thèse de Paris, 1908.

Etiologie. — La sinusite maxillaire chronique est consécutive soit à des inflammations nasales (passage à la chronicité d'une sinusite aiguë d'origine grippale), soit à une sinusite frontale ou à une cellulite ethmoïdale antérieure, soit, assez fréquemment, à une infection d'origine dentaire ; en ce cas, c'est surtout l'arthrite suppurée de la première grosse molaire, secondaire à sa carie au 4e degré qu'il faut incriminer [1]. Mais ce n'est pas toujours la première grosse molaire qui est en cause ; d'une façon générale, toutes les dents du maxillaire supérieur peuvent amener des complications du côté du sinus. Ce seront par ordre de fréquence les petites molaires, la deuxième grosse molaire, la dent de sagesse, et en dernier lieu les canines et les incisives.

La sinusite peut encore être provoquée exceptionnellement par l'avulsion d'une dent, suivie de l'introduction de corps étrangers divers (dent déviée pénétrant dans le sinus; dent enfoncée dans le sinus à la suite de fausses manœuvres d'extraction).

Plus rarement le sinus s'enflamme à la suite d'opérations sur la face ou de divers traumatismes. Une ostéite suppurée du maxillaire, consécutive à un traumatisme avec fracture des deux incisives médianes, a pu, dans un cas de Cruet, s'étendre jusqu'au sinus.

Il faut enfin citer la syphilis parmi les autres causes de suppuration de l'antre d'Highmore, et la tuberculose [2].

Anatomie pathologique. — Jusque dans ces dernières années, il régnait la plus grande incertitude au sujet des véritables lésions de la muqueuse du sinus maxillaire. Grunwald [3], qui a bien étudié ce sujet, rapporte des lésions variables. Il a trouvé une muqueuse tantôt lisse, tantôt épaissie en bourrelets, tantôt garnie de granulations ; parfois, l'os était dénudé par place, parfois il présentait des points d'ostéite. Certains sinus offrent une cavité divisée en plusieurs loges par des lames osseuses émanées des parois

---

1. Frey, *Monographie de la dent de six ans.* Thèse de Paris, 1896.
2. Gaudier, *Annales des maladies de l'oreille, du nez et du larynx*, 1897.
3. Grunwald, *Die Lehre von den Naseneiterungen*, Munich, 1896.

et formant cloisons. Cette disposition présente une réelle importance au point de vue du pronostic et du traitement, car elle peut contrarier l'écoulement du pus et gêner les lavages pratiqués dans la cavité sinusale [1].

Quoi qu'il en soit, la principale lésion de la sinusite chronique réside essentiellement dans la dégénérescence fongueuse de la muqueuse sinusale. La formation de fongosités est le mode de réaction commun à toutes les suppurations prolongées des cavités de la face.

« La fongosité dans les suppurations sinusales est tout [2]. »

Symptômes. — Douleur malaire avec irradiations diverses, écoulement fétide et intermittent par l'orifice antérieur de la fosse nasale correspondante, se produisant plus volontiers lorsque le malade incline la tête en bas et en avant, tels ont été, pendant longtemps, les symptômes classiques de l'empyème du sinus maxillaire.

Mais Luc et Ziem (de Dantzig) [3] bouleversent les notions admises avant eux, en montrant que les symptômes classiques manquent dans la presque totalité des cas et que, le plus souvent, il n'y a qu'un seul signe, l'écoulement du pus par le nez.

Reprenons cependant chacun de ces symptômes, pour les étudier plus spécialement :

a) *Douleur malaire.* — Elle est absolument exceptionnelle. Pour Killian, elle doit être imputée à la dent cariée, point de départ des accidents, et qui serait encore douloureuse.

b) *Douleurs dentaires de polyarthrite.* — Dues aux rapports affectés avec la muqueuse enflammée par les filets nerveux dentaires qui cheminent entre cette dernière et la paroi osseuse.

---

1. Luc, *Des abcès du sinus maxillaire, d'après les travaux récents publiés sur la question* (*Archives de laryngol. et de rhinol.* Paris, 1889).

2. Sebileau, *L'Opération de Larmorier-Desault, autrefois et aujourd'hui* (*Odontologie*, 15 nov. 1905, p. 416).

3. Ziem, *Ueber Bedeutung ung Behandlung der Naseneiterungen* (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1886, nos 2 et 3).

c) *Tension douloureuse de la moitié de la face*[1]. — Il s'agit surtout, dans ce cas, de sinusite fongueuse. Ces fongosités, déterminant un excès de pression dans la cavité du sinus, doivent probablement causer cette douleur unilatérale à poussées gravatives.

d) *Écoulement fétide par la narine correspondante.* — C'est le symptôme le plus important, révélateur de l'affection. L'écoulement se produit lorsque le malade se mouche, lorsqu'il penche la tête en bas et en avant, lorsqu'il est couché sur le côté opposé à sa lésion. Cet écoulement est constitué par un liquide verdâtre ou jaunâtre, séreux ou franchement purulent, souvent mêlé de petites masses caséeuses qui, pour Luc, sont caractéristiques de l'affection.

Dans le décubitus, pendant le sommeil, l'écoulement peut encore se produire dans le pharynx, à la faveur de la déclivité normale du plancher des fosses nasales.

Les malades sont incommodés par l'odeur fétide de cet écoulement (cacosmie subjective).

Signes généraux. — La sinusite maxillaire est une affection qui ne présente généralement pas de signes généraux. Cependant, il peut arriver que le pus ne puisse, dans certains cas, s'écouler au dehors ; la cavité du sinus joue alors le rôle de *cavité close ;* l'infection revêt un caractère d'intensité particulier entraînant parfois des réactions générales importantes : fièvre, agitation, état gastrique pouvant simuler la fièvre typhoïde ou bien encore accidents pseudo-méningitiques.

Mais ce sont là des cas exceptionnels.

Marche. — Les suppurations chroniques du sinus maxillaire se vident par regorgement d'une façon intermittente par l'orifice naturel. Elles peuvent évoluer pendant des années, et, abandonnées à elles-mêmes, elles ne guérissent jamais seules. Parfois, diverses complications viennent s'ajouter à la sinusite.

Des lésions d'ostéite peuvent évoluer de telle façon que

1. Observations du Dr Frey, in thèse de Lucius : *Diag. des abcès du sinus maxillaire,* Paris, 1898.

le pus se fait jour sous la peau, ou dans la cavité orbitaire. De pareilles suppurations sinusales ainsi extériorisées cessent d'être des sinusites ; ce sont de véritables phlegmons du massif maxillaire supérieur. Le plus souvent, l'infection ne reste pas cantonnée au sinus, et elle gagne les cellules ethmoïdales et le sinus frontal, par propagation directe en suivant l'infundibulum.

Diagnostic positif. — Les suppurations chroniques du sinus maxillaire évoluent généralement silencieusement et ne provoquent qu'un petit nombre de phénomènes subjectifs, d'ailleurs communs à l'inflammation chronique de la plupart des cavités de la face.

Revoyons donc à présent, avec Lermoyez[1], les différents symptômes de la sinusite maxillaire, mais en les classant suivant leur importance diagnostique[2].

A. *Signes de présomption.* — Ainsi appelés, car chacun peut manquer et peut tromper, c'est-à-dire exister dans d'autres affections que celle qui nous occupe.

1° Rhinorrhée unilatérale ;

2° Intermittence de l'écoulement ;

3° Douleurs sous-orbitaires ;

4° Cacosmie subjective. Mais le pus n'est pas toujours fétide, et, de plus, l'acuité olfactive est diminuée dans les suppurations du sinus, par des polypes muqueux ou par une rhinite hypertrophique concomitante ;

5° Carie des molaires supérieures ;

6° Présence de pus dans le méat moyen.

Mais le méat moyen est un carrefour où s'abouchent trois cavités : sinus maxillaire, sinus frontal, cellules ethmoïdales antérieures. Donc la présence de pus dans le méat moyen n'est pas fatalement due à une sinusite maxillaire.

Tous ces signes ne servent donc qu'à faire présumer la sinusite maxillaire sans en affirmer l'existence ; ils peuvent exister sans elle, ils peuvent manquer malgré elle.

(A suivre.)

---

1. LERMOYEZ, *Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal.* Paris, 1896.

2. FREY, Cours de l'Ecole dentaire de Paris, neuvième leçon, 10 avril 1894.

UNE APPLICATION DE LA FORCE INTERMAXILLAIRE DANS UN CAS DE PROGNATHISME DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par A. Jouard,

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

Ayant apprécié pendant de nombreuses années les résultats très satisfaisants obtenus avec les appareils à plaque dans les cas d'irrégularités dentaires liées ou non aux irrégularités des maxillaires, j'ai résolu d'étudier et de mettre en pratique l'application des appareils à postes fixes préconisés avec tant de conviction par quelques-uns de nos confrères.

En ce qui concerne particulièrement le prognathisme du maxillaire inférieur, cas qui nous occupe ici, on ne possédait pas jusqu'à présent de moyen réellement pratique, simple, effectif pour réduire cette malformation.

Aujourd'hui, grâce à la force intermaxillaire ou ancrage de Baker, qui est bien le côté véritablement le plus intéressant qu'offrent les appareils d'Angle ou de Case, peu de prognathismes résistent à la réduction par ce procédé.

Je fis plusieurs essais de l'ancrage de Baker à la clinique de l'Ecole. Malheureusement le peu d'empressement apporté par les malades à se présenter aux rendez-vous assignés ne m'a permis jusqu'à présent de vous présenter parmi ces essais qu'un seul résultat très net.

Dans le cas que j'ai l'honneur de vous communiquer il s'agissait d'une jeune fille, Mlle B..., 16 ans, écolière, qui se présenta à la clinique d'Orthodontie au mois de janvier 1908.

A l'examen nous constatâmes :

1° *Au point de vue facial.* — Une protrusion marquée du menton caractérisant un prognathisme très accentué, prognathisme ayant au point de vue étiologique deux origines :

1° Propulsion du maxillaire inférieur par distension des ligaments temporo-maxillaires, malformation acquise ;

2° Prognathisme osseux au niveau de la symphyse ayant pour cause l'hérédité, ainsi que le démontra l'interrogatoire du sujet.

2° *Au point de vue dentaire. — Maxillaire inférieur.* — La canine droite est en rétroversion.

Les 1res prémolaires sont en rotation sur l'axe.

Les dents de 6 ans ont été avulsées il y a quelques années.

Les dents de 12 ans sont en inclinaison linguale.

Maxillaire supérieur. — L'incisive latérale droite est en rotation sur l'axe, ainsi que la canine voisine.

Les dents de 6 ans sont en rétrusion et particulièrement la droite.

3° *Occlusion.* — A l'état d'occlusion les incisives supérieures sont en rapport par leur face labiale avec la face linguale des incisives inférieures sur un tiers de leur hauteur coronaire.

Les canines se joignent bout à bout, les prémolaires ne se touchent pas, les molaires de douze ans inférieures sont en occlusion mésiale à la normale (IIIme classe, 1re division de la classification d'Angle).

Il y a lieu de remarquer ici que, par suite de l'asymétrie du maxillaire supérieur, il y a bien occlusion mésiale bilatéralement, mais tandis qu'à gauche elle équivaut au diamètre mésio-distal d'une molaire, à droite elle n'est que d'un cuspide.

Par l'examen des modèles vous pourrez vous rendre compte combien cette occlusion est préjudiciable aux actes physiologiques buccaux et à la vitalité des dents antérieures exposées à un traumatisme constant (fig. 1).

Etat général. — L'état général étant excellent, le traitement est décidé.

Le 23 janvier à la clinique, en présence des élèves, les appareils construits au laboratoire de l'Ecole sont posés.

Maxillaire inférieur. — 1° De chaque côté deux bagues munies de tubes sont scellées, l'une sur la molaire de douze

ans, l'autre sur la deuxième prémolaire et réunies entre elles par une barre rigide destinée à maintenir intact l'espace résultant de l'absence de la dent de 6 ans.

2° Un arc vient longer la face vestibulaire des dents auxquelles il est ligaturé et s'engage par ses extrémités dans les tubes soudés aux bagues.



Cet arc est muni de crochets d'ancrage au niveau des canines.

Maxillaire supérieur. — 1° Deux bagues ouvertes sur les dents de 6 ans.

2° Un arc d'expansion ligaturé à toutes les dents (fig. 2).

Le 30 janvier je place les élastiques de traction, un de chaque côté.

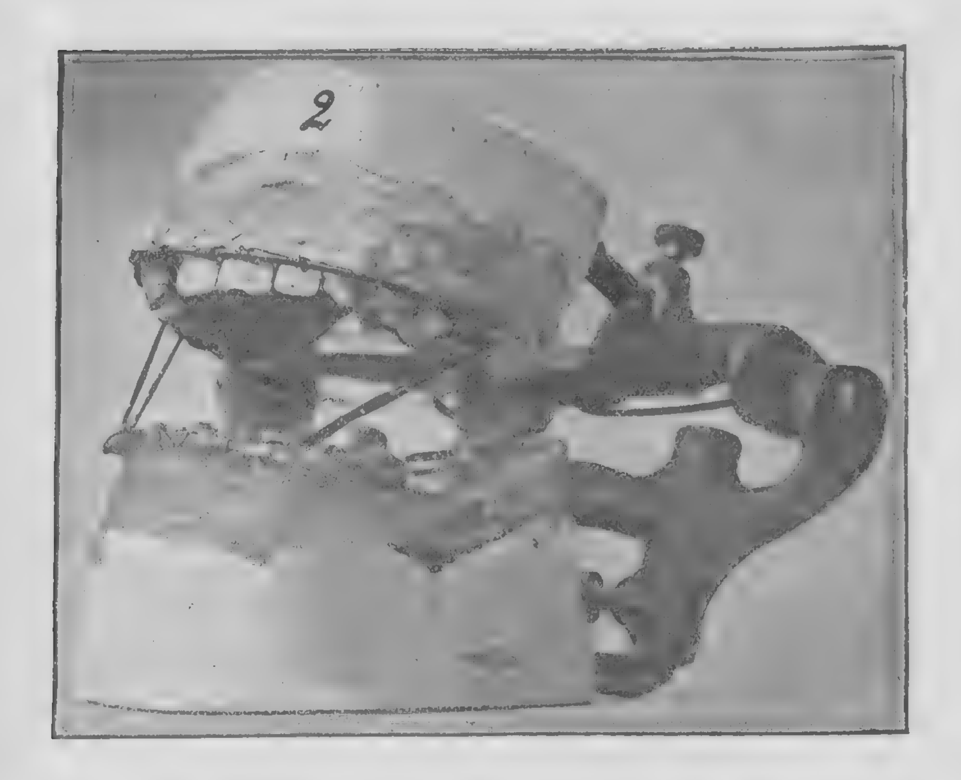
Je revois le sujet assez régulièrement le jeudi jusqu'au 20 février, date à laquelle, le progrès étant peu sensible, je décide d'augmenter la force de traction.

Mais comme la moitié gauche doit reculer beaucoup plus

que la droite, il me faudra imprimer à la mâchoire un mouvement de diduction et de rétropulsion simultanées.

Pour obtenir ce mouvement je doublai donc à gauche le nombre d'élastiques, tout en diminuant leur longueur.

Ceci m'évitait le travail long qu'aurait nécessité le déplacement sur l'arc des crochets d'ancrage et aboutissait au même résultat.



Au milieu du mois de mai, la rétropulsion est complète à droite. Je triple le nombre d'élastiques à gauche et le 18 juin l'occlusion est normale.

L'action de l'ancrage de Baker est terminée.

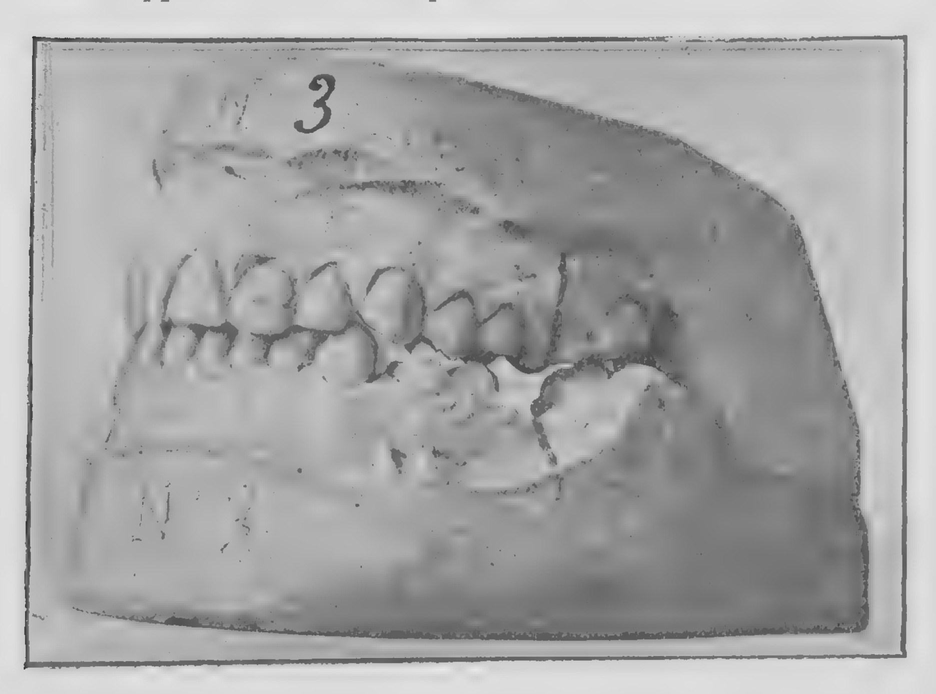
J'ai obtenu simultanément la protrusion désirée des molaires de 6 ans supérieures et la régularisation de l'arcade. Il ne me reste plus qu'à achever la rotation des prémolaires inférieures et à remplacer par un bridge ou tout autre moyen les molaires inférieures absentes.

Ainsi seront restitués au malade avec l'occlusion normale

l'amélioration des lignes faciales et le fonctionnement intégral des mâchoires (fig. 3).

CONCLUSION.

En ce qui concerne ce cas, la force intermaxillaire m'a donc permis d'obtenir en cinq mois un résultat que tout autre appareil ne m'aurait pas donné.



Je dois dire cependant que ce résultat aurait été plus rapide si de nombreux incidents tels que rupture des élastiques de traction, des crochets d'ancrage, des ligatures métalliques, desserrage et perte des écrous, etc., n'étaient venus retarder la marche du traitement et cela malgré les plus scrupuleuses précautions.

Une fois entre autres, ma malade étant restée plus de quinze jours absente me revint avec toutes ses ligatures inférieures rompues sauf deux : celles des incisives centrales, lesquelles incisives ayant supporté à elles seules la traction intermaxillaire se trouvaient en supra-occlusion d'au moins trois millimètres.

Je retirai l'appareil et laissai les choses en l'état pendant trois semaines au bout desquelles, tout étant rentré dans l'ordre, je replaçai l'appareil.

On voit donc combien les visites hebdomadaires étaient insuffisantes et combien le redressement eût été moins pénible et moins long pour le malade si les visites avaient été journalières.

Tous ces incidents (non pas spéciaux à ce cas, mais que j'ai constatés à chaque application d'appareils fixes) m'ont démontré combien ces appareils en somme délicats doivent être soumis au contrôle constant de l'orthodontiste, surveillés de près et fréquemment modifiés suivant les exigences du cas à traiter.

Mais en dehors de ces incidents ou de ces petits accidents, il y a lieu de faire remarquer la différence que comporte chacun des cas soumis à notre observation. Dans celui-ci il y avait complication par l'asymétrie du maxillaire supérieur et la difficulté de remédier à la fois au prognathisme et à cette asymétrie.

C'est pourquoi j'ai dû modifier spécialement l'application des forces en faisant supporter à l'un des côtés une traction beaucoup plus considérable qu'à l'autre, grâce à la tension des élastiques considérablement augmentée. Et à ce propos je ne saurais mieux faire que de rappeler les paroles de mon maître, le professeur Martinier :

« Si l'on peut rapprocher d'un certain nombre de cas » types la plupart des irrégularités des dents et des maxil- » laires, il n'en est pas moins vrai que la variété, les » dispositions particulières obligent l'orthodontiste à modi- » fier à chaque instant ses moyens d'action, ses appareils et » à imaginer un procédé s'adaptant plus spécialement au » cas à traiter. »

RAPPORTS DE L'ARTHRITISME ET DES AFFECTIONS DENTAIRES.

Par E. C. Kirk,

Doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Pensylvanie.

(Suite [1].)

Les représentants de la seconde génération ont une tare héréditaire qui, si elle n'est pas corrigée, les transformera en arthritiques. Ils ont, malgré une robuste apparence, une vigueur héréditaire diminuée, un appétit exagéré qu'ils ne reconnaissent pas ou que, d'autre part, ils peuvent regarder comme une preuve de santé plutôt que comme une anomalie et par-dessus tout ils ont hérité d'une empreinte cellulaire caractérisée par une activité métabolique aisément reconnue par la présence dans l'urine non pas d'éléments morphologiques anormaux, car des changements destructeurs n'ont pas encore commencé à paraître dans les tissus, mais il y a une augmentation marquée de tous les produits normaux de déchet urée, acide urique, acide phosphorique et de l'acidité de l'urine. L'effort incessant demandé à l'estomac, aux intestins, aux glandes, au foie et au pancréas, intéressés par cet excès d'alimentation, entraîne une excitation correspondante du système vasculaire et, tôt ou tard, une congestion passive et même permanente des viscères de la digestion, aboutissant à la pléthore et plus tard à l'obésité quand le milieu de la vie est atteint ou même plus tôt. Ainsi l'arthritique transforme son excès d'aliments carbohydratés en graisse ou peut chasser par son urine les sucres qui n'ont pas encore trouvé place dans ses muscles ou son foie, développant ainsi une glycosurie ou le diabète, et peut accumuler ses protéides résiduaires dans les points de l'économie ou dans les tissus où la circulation est lente, comme dans les articulations, en formant la goutte, ou il peut les éliminer par ses muqueuses en produisant du catarrhe. Il faut y ajouter toutes ces manifestations morbides d'une suralimentation désordonnée groupées sous le nom général de lithiase : la gravelle et la pierre de la vessie, du rein, du foie, avec leurs corollaires, la cystite et les coliques hépatiques et néphrétiques.

Il reste à examiner l'effet de dégénérescence de cette surstimulation des fonctions cellulaires par un excès d'alimentation avec la production et la rétention correspondantes des produits de déchet de la nutrition sur les cellules elles-mêmes.

Les cellules qui sécrètent, celles de la sensation, du mouvement et des sens spéciaux agissent différemment en présence d'un excès de *pabulum vitæ* sur le tissu conjonctif des éléments cellulaires. Ces derniers,

1. V. *L'Odontologie* du 30 mai 1909, p. 513.

suivant Pascault, semblent doués d'un pouvoir considérable d'attraction et absorbent la nutrition avec avidité ; ils se l'assimilent, s'hypertrophient, se multiplent avec une rapidité extrême, puis subissent rapidement un changement fibreux et, se rétrécissant comme un tissu cicatriciel, ils étranglent les cellules de sécrétion, de sensation, de mouvement ou du sens spécifique, suivant le cas, qu'ils avaient pour rôle de soutenir. D'autre part, si l'élément nutritif est riche en sels calcaires, les cellules deviennent saturées ou calcifiées, ce qui arrête l'afflux du sang et de la lymphe et amène la sclérose.

Ce que je désire montrer, c'est qu'il y a un tel état d'équilibre nutritif physiologique qui, contrebalancé du côté de l'excès de nutrition, amène un état morbide dans l'économie, qui peut avoir une variété de manifestations locales et générales et qui devient en outre le précurseur d'autres phénomènes morbides en amoindrissant la résistance vitale de sorte que l'invasion des bactéries pathogènes devient possible. Les manifestations pathologiques secondaires de suralimentation qui caractérisent l'arthritisme peuvent revêtir des formes très différentes au point de vue clinique, dépendant du caractère des organes ou tissus plus particulièrement intéressés ; ainsi les groupes de symptômes peuvent provenir de complications du foie avec troubles de la structure ou de la fonction de cet organe et du pancréas et produire le type d'individus que Pascault appelle *hépatiques* ou bien le rein peut devenir le siège de lésions avec un cortège correspondant de troubles créant le *type rénal* français, et de même les désordres peuvent avoir une forme nerveuse ou catarrhale prédominante, suivant la prédominance des structures et des tissus intéressés ; mais dans tous ces cas le défaut ou l'écart de la normale physiologique semble être un manque d'équilibre de nutrition caractérisé dans ses débuts et dans sa période formative par une suralimentation due à un excès de *pabulum vitæ* que l'organisme ne peut pas utiliser convenablement.

C'est dans ce groupe d'états morbides que nous trouvons la majorité des désordres qui affectent les tissus constituant l'appareil de rétention des dents et que nous appelons gingivite interstitielle, pyorrhée alvéolaire, etc., ainsi que cet autre désordre dont l'étiologie est longtemps restée mystérieuse, l'érosion chimique des dents.

La littérature médicale abonde en cas de coïncidence des névroses inflammatoires destructrices de la structure alvéolaire, avec les divers troubles de nutrition dus à l'arthritisme. L'ensemble du travail de Talbot sur la *gingivite intertitielle* doit être considéré comme une démonstration que l'auto-intoxication résultant d'une mauvaise nutrition est le facteur principal qui amène l'invasion bactérienne de la structure alvéolaire, causant l'inflammation destructive des tissus supportant les dents. M. L. Rhein, dans une communication sur les

manifestations buccales de la mauvaise nutrition, faite en mars 1896 à la Société odontologique de New-York, et dans une communication sur la *pyorrhée alvéolaire*, faite à la Société dentaire de Chicago en février 1899, a nettement rattaché la maladie des alvéoles à la mauvaise nutrition comme cause prédisposante générale. C. N. Peirce, H. H. Burchard et d'autres, trop nombreux pour être cités, ont partagé la même opinion, et il est digne de remarquer que, dans la majorité des cas, ceux qui ont exposé cette théorie ont basé leur conviction sur les résultats de recherches scientifiques aussi bien que sur l'observation clinique.

Dans plusieurs communications, notamment dans une communication faite à la Société dentaire de l'Etat de Maryland et du District de Colombie sur *l'élément constitutionnel dans certains désordres dentaires*, je me suis efforcé de montrer entre autres choses le procédé qui trouble l'équilibre physiologique de la nutrition dans les cas de suralimentation, et comment l'insuffisance d'oxydation amène la production de certains produits résiduaires anormaux, causant de l'intoxication, et que l'empoisonnement et l'irritation des tissus alvéolaires de cette manière les prédispose à l'invasion bactérienne. J'ai, de plus, appelé l'attention sur ce fait que la nature et la quantité totale des aliments sont des facteurs importants pour déterminer la nature de l'auto-intoxication subséquente; que, quand la totalité des aliments dépassait la quantité d'oxygène contenue dans le sang donnée par sa teneur en hémoglobine, et que quand les carbohydrates de l'alimentation étaient en excès, non seulement il en résultait une toxémie par l'acide carbonique, avec grande acidité de l'urine, mais que, en raison de l'affinité des carbohydrates pour l'oxygène, les protéides étaient incomplètement oxydées et que, comme conséquence, il se produit une augmentation des bases, au lieu d'un dégagement normal de l'excès d'azote sous forme d'urée, opinion confirmée par l'étude chimique de l'urine chez les arthritiques.

Une étude minutieuse du contenu opsonique des tissus de l'individu pré-arthritique, c'est-à-dire avant la phase où des lésions distinctes des organes de sécrétion sont reconnaissables, n'a pas encore été faite ; mais, en raison de la toxémie résultant d'un excès d'acide carbonique et de la suroxydation des protéides dans les phases arthritiques primaires, d'une part, et de la prédisposition de ces sujets à l'invasion microbienne, d'autre part, comme le prouvent la prédominance chez eux de la pyorrhée alvéolaire et la facilité avec laquelle ils sont sujets à l'influenza et au rhumatisme, lequel peut être considéré maintenant comme une influence bactérienne, nous avons le droit de soupçonner que même au début l'arthritique offre à l'invasion bactérienne une résistance amoindrie et inférieure à celle de l'individu sain. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Démonstrations pratiques, 23-24 mai.

La Société d'Odontologie de Paris a tenu deux séances consacrées à des démonstrations pratiques, les 23 et 24 mai, à l'occasion de la célébration de la réforme des études dentaires et du Trentenaire de la création des premières sociétés dentaires françaises, et de l'enseignement odontologique.

Un grand nombre de confrères avaient répondu à l'appel de la Société d'Odontologie, et beaucoup étaient venus de province et même de l'étranger ; c'est donc devant une assistance extrêmement nombreuse que les démonstrations ont eu lieu, dans les différents locaux qui leur avaient été réservés, grand amphithéâtre, salle Horace Wells, petit amphithéâtre, salle Lecaudey, salle Fauchard.

Dans cette dernière salle un certain nombre de fournisseurs présentaient en une exposition très réussie les derniers perfectionnements apportés à l'outillage de l'atelier et du cabinet.

La première matinée a réuni les démonstrations de MM. Solbrig, Ferrand, Siffre, Aubourg, Touchard, Amoëdo, Morineau, G. Villain et Lanos, Fouques et Staviski.

On a pu voir l'application des différentes méthodes de coulée des pièces métalliques.

La démonstration de *M. Solbrig* comportait plusieurs phases des travaux coulés sous pression de vapeur d'eau par sa méthode. M. Solbrig s'est étendu spécialement sur la question de l'application de la cire, la mise en revêtement et la coulée d'une grande plaque couvrant tout le palais. La démonstration pratique, faite ensuite, a donné des résultats absolument parfaits.

En outre, M. Solbrig a présenté sur modèles des plaques coulées par sa méthode, des plaques partielles avec crochets coulés, des ponts avec dents à tube, des ponts avec dents amovibles, des couronnes et des dents à pivot, etc.

M. Ferrand présentait également des travaux en or coulé, mais obtenus par une méthode différente ; dans le procédé qu'il préconise, la coulée se fait au moyen de la force centrifuge ; une petite cuvette contenant le cylindre à revêtement est fixée au tour d'atelier qui est mis en mouvement, au moment où l'or est en pleine fusion ; dans ces

conditions la coulée de l'or se fait très aisément. M. Ferrand a pu en séance couler ainsi quelques inlays, des dents à pivot, etc..., le tout avec un résultat irréprochable.

Le Dr *Aubourg*, dont nous avons publié récemment un travail (V. *Odontologie,* 15 mai 1909, p. 466), a montré le fonctionnement de l'appareil de Belot pour la radiographie ; il a insisté sur les services que peut rendre en odontologie cette méthode, qui devient de plus en plus maniable à notre point de vue spécial.

M. Siffre a montré un procédé de désinfection des canaux radiculaires au moyen d'acide sulfurique introduit dans les canaux par des mèches montées sur des équarissoirs en cuivre.

Ce procédé est remarquable par sa rapidité : au bout de quelques instants, les mèches ressortent des canaux, propres et sans odeur.

D'autre part, frappé des mutilations que l'on est obligé d'infliger à certaines dents pour procéder à une désinfection rigoureuse des canaux, M. Siffre a cherché une méthode pratique permettant l'accès facile de ces canaux, notamment du canal antéro-externe de la première molaire supérieure, et des canaux des molaires inférieures. C'est ce procédé que M. Siffre a exposé et démontré avec un plein succès, procédé que nous avons déjà signalé (V. *Odontologie,* 15 mai 1906, p. 415).

M. Amoëdo a présenté un articulateur anatomique qui est le premier de deux articulateurs qu'il a fait construire d'après ses indications. Le deuxième, qui est encore à l'étude, sera susceptible d'être adapté à l'articulation particulière de chaque patient.

Avec l'articulateur numéro 1, les mouvements de l'articulation sont toujours les mêmes ; ils se font suivant un plan de 35°. (Avec l'articulateur de Bonwill ce même mouvement se fait sur un plan de 15° seulement.) Cet appareil est très ouvert à la partie postérieure, ce qui permet de voir facilement le côté lingual des molaires pendant l'articulation.

Cette particularité constitue un grand avantage sur la plupart des articulateurs connus. Un autre avantage de cet articulateur c'est de pouvoir lui adapter l'arc facial de Snow, comme cela peut se faire pour les articulateurs de Gritman et de Snow.

M. Amoëdo a fait faire des fourches démontables pouvant être mises à la place des arcs qui tiennent les modèles en plâtre.

Cela permettra de conserver des modèles prêts à être remontés sur l'articulateur, sans pour cela être forcé d'immobiliser des arcs ; ce qui arrive avec les autres articulateurs anatomiques.

M. Amoëdo assure que les résulats qu'il a obtenus depuis un an avec cet appareil ont été très satisfaisants.

M. Touchard a expérimenté sur deux malades son procédé d'anesthésie pulpaire par les injections sous-muqueuses. Dans le premier cas, il s'agissait d'une deuxième prémolaire supérieure atteinte d'un 3e degré. Le deuxième malade, un sujet extrêmement nerveux, présentait une pulpite de la première molaire supérieure, donnant lieu à un véritable tic douloureux. Dans les deux cas l'anesthésie de la pulpe a été obtenue d'une façon absolument méthodique et régulière.

M. Morineau a présenté un nouveau condensateur pour l'aurification à l'or mou ; il a également exposé et démontré sa technique de l'aurification à l'or non cohésif.

Nous publierons prochainement d'ailleurs un travail de M. Morineau sur cette question.

Dans la salle Horace Wells, *MM. Fouques* et *Staviski* ont procédé à plusieurs narcoses par le chlorure d'éthyle, au moyen du masque de Robinson. Voici l'observation d'une de ces anesthésies :

Un homme de 30 ans, employé d'assurances, à l'aspect vigoureux, sans tare physiologique appréciable, a été endormi par le chlorure d'éthyle à la dose de 3 cent. c., à l'aide du masque de Robinson. Sommeil rapide, très complet, pas de période d'excitation à la phase d'envahissement, pas d'excitation à la période du réveil. L'extraction d'une molaire inférieure difficile a été pratiquée sans la moindre douleur. Au réveil pas d'incidents ; le malade a quitté la salle d'opération heureux, et sans le moindre malaise.

MM. G. Villain et *H. Lanos* ont présenté quelques malades porteurs de bridges ainsi qu'un grand nombre de modèles reproduisant les indications de tous les systèmes de bridges.

Telles sont les différentes démonstrations ou présentations qui ont eu lieu le dimanche matin 23 mai.

Le lendemain matin, *M. Cavalié* a fait dans le grand amphithéâtre, devant un auditoire nombreux et attentif, une conférence sur *le diagnostic électrique des pulpites.*

M. Cavalié, dont nous connaissons les recherches sur les réactions causées par la carie sur l'ivoire et la pulpe des dents, a présenté et expérimenté un appareil électrique destiné à nous fournir de précieuses indications sur les altérations plus ou moins profondes qu'a subi l'organe central. D'après les renseignements fournis par cet appareil, le praticien peut juger si les lésions de la pulpe sont telles que la conservation de l'organe est impossible ou si, au contraire, le procédé de la conservation peut donner de bons résultats.

Cette présentation a suivi la conférence, que nous publierons, et dans laquelle M. Cavalié nous a rappelé les travaux d'Arkœvy et des nombreux auteurs allemands qui cherchent à élucider la question

encore mal connue des actions physiologiques et pathologiques dont les dents sont le siège. Il a notamment parlé des travaux de Von Korf sur la production de la dentine, qui, d'après les expériences de cet auteur, se produirait d'une façon tout à fait différente de celle que l'on enseigne actuellement.

M. Roy, dans la salle Horace Wells, a procédé à un curetage alvéolo-radiculaire selon la technique qu'il a fait connaître à la Société d'Odontologie, et dont nous publierons l'exposé. Il a démontré que le curetage peut, dans presque tous les cas, remplacer la résection apicale qui peut être inutile et souvent insuffisante.

M. Miégeville a procédé à plusieurs anesthésies générales sous chlorure d'éthyle avec un nouveau masque qu'il a fait construire *l'inhalateur pour narcose* et dont nous donnerons bientôt la description détaillée.

M. et Mme Filderman ont appliqué sur plusieurs malades leur traitement de 4e degré par la méthode aspiratrice. On sait que cette méthode consiste à faire le vide dans les canaux ; c'est le seul nettoyage mécanique qu'emploient les auteurs. Une fois le vide obtenu, on fait passer un courant d'oxygène et l'on met la cavité des canaux en communication avec un récipient duquel se produit un dégagement de formol.

MM. G. et H. Villain ont présenté un certain nombre de cas d'orthopédie dentaire.

M. G. Villain présente plusieurs malades en traitement, porteurs d'appareils à postes fixes *(Méthode du Dr Angle)*.

Parmi les cas les plus intéressants citons :

1° Deux cas de mésio-protrusion et disto-rétrusion simultanées des deux arcades.

2° Un cas de mésio-protrusion uni-arcade (inférieure) ayant déterminé une mésio-antéversion coronaire supérieure, plus prononcée à gauche qu'à droite.

3° Un cas de mésio-protrusion uni-arcade (supérieure) compliquée d'opisthognathisme inférieur, respiration buccale avec obstruction presque totale de la cavité nasale.

4° Un cas de disto-rétrusion uni-arcade (supérieure) ayant déterminé une disto-rétroversion coronaire inférieure.

5° Un cas de disto-rétroversion coronaire bi-arcade. (Pour les fig. voir *L'Odontologie* des 28 février et 15 mars 1909.)

M. H. Villain présente des modèles de cas d'orthopédie avant et après le traitement, montrant ainsi les résultats que l'on peut obtenir avec les appareils à postes fixes *(Méthode du Dr Angle)*.

Citons entre autres :

1° Deux cas de prognathisme inférieur.

2° Un cas de malocclusion mésiale de l'arcade supérieure en mésio-antéversion.

3° Un cas de malocclusion mésiale supérieure, compliquée d'une rétroversion coronaire des incisives due à l'anomalie de l'arcade inférieure qui présentait : 1° rétroversion des incisives, canine et prémolaire sur le côté droit, due à la perte d'une grosse portion de la seconde molaire par carie ; 2° une anomalie de siège, rétrusion, de l'incisive latérale gauche ; 3° un cas de protrusion des incisives et canines inférieures chez un sujet de 26 ans.

Les derniers modèles de ces cas très compliqués montrent les résultats obtenus, l'occlusion étant tout à fait rétablie et les photographies avant et après le traitement montrent la correction du facies des malades traités. (Pour les fig. voir *L'Odontologie* des 28 février et 15 mars 1909.)

Il présente également quelques graphiques établis d'après la méthode de Hawlay, qui, comparés avec les modèles des cas traités, prouvent ainsi l'utilité et l'exactitude sinon parfaite, en tout cas très suffisante de cette méthode.

H. D.

LA RÉUNION DE L'AMERICAN DENTAL SOCIETY OF EUROPE A WIESBADEN

Avril 1909.

COMPTE RENDU par M. W. HIRSCHFELD, Paris.

Ce meeting a obtenu un plein succès en réunissant plus de 70 membres et visiteurs.

M. Gale (Cologne) en lisant son discours de bienvenue rend tout d'abord un dernier hommage à trois confrères décédés pendant l'année: MM. Chamberlain (Rome); Field (Londres); Harlan (New-York). Ensuite en prenant comme base de son discours le retentissement mondial du jubilé de M. Crane, de Paris, le président appuie sur le fait que ce confrère est un des fondateurs de l'A. D. S. E. qui tous sont des hommes d'une parfaite distinction. Leur création avait pour but l'avancement de la profession en Europe, but qui a été poursuivi ardemment pendant les 36 années d'existence de la Société. Il exprime l'espoir de voir se continuer ce noble principe, la vraie raison d'être de la Société.

La partie professionnelle de la réunion comportait trois journées, réparties de la manière suivante :

1re *journée :* consacrée aux essais scientifiques ;

2e *journée :* communications pratiques ;

3e *journée :* démonstrations et cliniques.

M. Abbott (Berlin, fils du célèbre Abbott) a ouvert la séance avec son article sur l'usage des *Rayons X* en dentisterie, accompagné de très belles projections photographiques.

L'orateur est convaincu que cette spécialité fera sous peu partie de la pratique courante du dentiste et cela pour *deux raisons :*

1° Pour déterminer des dents non sorties, des foyers d'abcès, la présence de pyorrhée, d'instruments cassés dans la cavité, nodules pulpaires, examen de l'état de racines obturées, sinusite, etc., etc.

2° Pour le traitement de la pyorrhée, des suppurations, etc.

M. Dunn (Florence) suit immédiatement avec son essai sur l'usage de l'électricité pour la dentisterie opératoire. Il préconise son emploi à peu près pour les mêmes occasions que M. Abbott et explique sa méthode par des projections très claires.

Les deux orateurs ont été fort applaudis, d'autant plus qu'il faut les considérer comme des précurseurs.

M. Northcroft (Londres) nous ravit avec une communication qui, par sa recherche et documentation scientifique, rappelle les travaux du regretté (et pas encore remplacé) Miller. Il nous a lu une

étude sur des méthodes variées de traitement des anomalies des mâchoires et des dents des jeunes enfants. D'après lui, ces anomalies pourraient être évitées si l'on s'en préoccupe dès la première enfance. Les statistiques ont démontré que les enfants nourris au sein présenteront plus tard infiniment moins de cas de redressement que les enfants élevés au biberon. Il explique cela par ce fait : Par le biberon la bouche de l'enfant ne fait aucun effort pour avaler le lait, tandis que pris au sein toute la musculature de la bouche entre en action. Le même enfant, habitué au sein, aura, dans la suite, une mastication plus aisée.

L'extension de l'arc dentaire avec les premières dents devrait être faite dans nombre de cas. La respiration par le nez doit être établie de toute façon ; l'ablation des végétations adénoïdes y sera d'une grande utilité.

A la discussion prennent part MM. W. Mitchell (Londres), Kennedy (Berlin), W. Davenport (Paris) ; ce dernier insiste sur la nécessité d'observer de près le développement des arcs dentaires, surtout pour éviter une pression anormale sur les incisives.

M. Cunningham (Cambridge) nous présente une série de projections obtenues par les rayons X, comme nous n'en n'avons jamais vu de plus belles ; elles ont pour but de montrer l'éruption et la position de toutes les dents dès la première année.

M. Boedecker (Berlin) lit un article sur la composition de l'émail de la dent. Ce travail a été illustré d'une grande quantité de projections montrant la structure de l'émail. Comme conclusion le jeune auteur dit que l'émail contient bien plus de matière organique que nous le croyons.

M. Harwood (Lyon) nous fait part d'une observation assez curieuse :

En soignant une racine infectée, nous nous fions souvent à l'odeur spéciale du coton, retiré de la racine au bout de un ou plusieurs jours pour déterminer la parfaite asepsie de la dent. Cette odeur caractéristique peut être cependant cachée par le médicament employé : donc, tout en existant encore l'infection nous sera dissimulée. Que pouvons-nous faire pour trouver exactement le bon état de l'apex ? Simplement ceci : on retire la mèche de coton de la racine et on la plonge dans un bain d'eau oxygénée dans le creux d'une plaque de verre.

Si la moindre réaction chimique se manifeste, l'infection existe encore ; si non, la racine est prête pour l'obturation finale.

M. Hirschfeld félicite M. Harwood d'une observation qui présente une utilité incontestable pour le praticien. Cependant il voudrait qu'une observation semblable soit contrôlée par une étude microscopique approfondie sur la réaction signalée par l'orateur. De toute

façon il convient de saluer cette idée comme tout à fait inédite et de nature à être mise en pratique courante.

M. W. Mitchell (Londres) a clôturé la journée en nous lisant un résumé sur les causes d'insuccès professionnelles. Tout en admettant la vérité profonde des maximes présentées par l'auteur nous ne pouvons que dire ceci : Le vieil adage « si jeunesse savait... » est encore à sa place ici ; on écoute respectueusement toutes les vérités de l'expérience et, dans la vie réelle chacun de nous fait à sa guise !

Sans cela, y aurait-il des dentistes plus réputés que les autres ?

C'est M. Jenkins qui a commencé la séance du deuxième jour avec un essai sur l'abus de l'or vis-à-vis de la porcelaine. Il trouve avec raison que le niveau artistique de l'art dentaire atteint avec tant de peine par la porcelaine est susceptible de baisser par l'abus du gold-inlay.

M. W. Davenport en ouvrant la discussion remarque que cet état fâcheux est dû en grande partie aux dentistes peu scrupuleux qui par un maniement à la légère ont discrédité les qualités de la porcelaine ; pour les cavités approximales des molaires et prémolaires il préfère l'or.

M. Hirschfeld estime que M. Jenkins a touché avec son article à un problème assez délicat ; faut-il que la question de l'apparence esthétique d'une obturation prime celle de la solidité de l'œuvre ? Il est d'avis que la solution varie selon les pays : En Europe l'apparence domine généralement la préoccupation de la durée d'un plombage.

M. Kirk Davenport insiste sur la nécessité d'un aide expert à côté de l'opérateur. Lui seul pourrait mélanger convenablement le ciment et par cela l'amener juste au degré de consistance indispensable à la réussite d'un inlay de porcelaine.

M. Jenkins en terminant dit que la porcelaine est sûre de trouver sa place due à ses qualités absolument comme l'homme finit par parvenir à la situation due à ses mérites personnels. Il a été chaleureusement applaudi.

M. Watson (Berlin) nous lit un article qui traite à peu près le même sujet que celui de M. Mitchell sur la réussite du dentiste.

Cependant il le traite surtout au point de vue pratique et dit par exemple que le cabinet devrait présenter un aspect confortable, riant, sinon artistique. Ce point est discuté par M. Hirschfeld qui présente la question sous ce jour :

Si nous avions aujourd'hui un fils à établir comme dentiste, est-ce qu'il faudrait lui conseiller d'arranger son cabinet rigoureusement d'après les règles de l'antisepsie qui en somme résument la tendance moderne, ou faut-il lui laisser la préférence pour l'aspect artis-

tique ou — si vous voulez — agréable (tapis, meubles artistiques, fauteuils, etc.) ?

M. Cunningham dit nettement : non, pas d'hôpital, ne glacez pas l'âme du patient par l'accumulation du nickel, de l'acier, de l'opaline, du ripolin ; ayez votre cabinet rigoureusement propre, mais agréable à l'œil.

M. Northcroft est du même avis :

L'antisepsie absolue n'existe pas, ne peut pas s'obtenir en art dentaire ; pour y arriver il faudrait déshabiller le client comme pour une opération chirurgicale. Donc pas d'exagération pour l'aspect antiseptique du cabinet.

M. Watson résume ce débat comme suit : A la mort d'un chirurgien célèbre de Berlin les journaux l'ont qualifié de praticien qui avait le don de faire *rayonner (radiate)* la guérison rien que par ses manières affables et l'aspect agréable de son cabinet de consultation qui excluait dès le prime abord toute idée de frayeur.

Nous dentistes, nous devrions nous efforcer d'assurer la confiance du patient par l'aspect du cabinet au lieu de le glacer par l'attirail antiseptique inutile.

M. Law (Berlin) nous communique ensuite quelques idées sur la respiration buccale comme cause possible d'anomalies dentaires ; tout comme M. Northcroft, il dit qu'il faut combattre cette mauvaise habitude par tous les moyens possibles.

M. Spring (Dresde) parle de l'abus des gold-inlays vis-à-vis des aurifications ; trop de substance de la dent est sacrifiée au profit d'inlays incertains. Il est très partisan de l'or mélangé d'étain.

La discussion s'engage et comprend des observations de MM. Jenkins, Fischer, Spaulding et d'autres.

M. Stoppany (Zurich) obtient un succès mérité par la présentation de deux patients avec des obturateurs au palais : L'une, une jeune fille de 21 ans nous lit le journal et chante l'*Ave Maria*, de Gounod avec une netteté absolue ; l'autre, un garçon de 15 ans presque idiot, est néanmoins capable de bien articuler à l'aide d'un obturateur. Le point intéressant de la construction est celui-ci : M. Stoppany attache à la partie du palais une boule en gutta-percha au bout d'une tige d'or, il fait venir le patient pendant des semaines tous les jours pour lui donner de véritables leçons d'articulation ; pendant ces leçons il modèle la boule de gutta jusqu'à ce qu'elle permette un usage pratique. Finalement elle est reproduite en caoutchouc. N'oublions pas l'hommage que M. Stoppany rend aux travaux de Claude Martin.

Mentionnons, dans la discussion très étendue, l'observation de M. W. Mitchell qui préconise — pour amplifier la voix — l'argent.

M. Quintéro (de Lyon) nous communique un cas bien curieux : On lui a amené une jeune fille de 18 ans, dont la partie inférieure

de la figure se trouve brûlée accidentellement. La cicatrice s'étend de la lèvre inférieure aux oreilles et jusqu'au cou. Pour remédier à cet état pitoyable, il a pris l'empreinte au plâtre de toute la partie endommagée. Sur le modèle il a modelé une sorte de masque étroitement ajusté et construit en caoutchouc dans des moufles spéciaux. Ce masque, il l'a fait appliquer à la figure le plus longtemps possible surtout la nuit, et finalement au bout de plusieurs mois est arrivé à donner une surface lisse à toute la région qui maintenant se distingue à peine du reste de la figure.

M. Mac Bride (Dresde) fait circuler ses appareils mobiles de rétention pour redressement. Il les préfère aux rétentions fixes pour plusieurs raisons, notamment pour les cas où l'appareil fixe se casse. Cela est d'une réparation difficile, ou encore provoque la carie des dents autour desquelles il est fixé.

La discussion n'est pas favorable à cette idée : on préfère visiblement les rétentions fixes.

Les démonstrations pratiques ramènent au troisième jour le concours de l'appareil à coulage sous pression, le plus pratique.

M. Sachs (Berlin) présente une nouvelle machine basée sur la force centrifuge. C'est, en un mot, une roue de bicyclette, fixée au coin de l'établi et agencée pour porter un cylindre contenant la pièce à couler. Par un mouvement vif de rotation on obtient une pression largement suffisante pour faire arriver l'or en fusion dans les parties les plus fines d'une grande plaque ; appareil très apprécié, surtout par M. Hirschfeld qui le considère pour indispensable quand on veut construire rapidement de petits bridges, pivots, inlays, etc., etc., il s'en sert depuis six mois avec le plus grand succès.

M. Le Cron (St-Louis) démontre de nouveau son appareil spécial.

Enfin M. Solbrig (Paris) est vivement acclamé pour sa presse bien connue avec laquelle il nous coule une grande plaque ; il recommande maintenant l'emploi de l'or-platiné à cet effet.

Le meeting se termine par un lunch offert par le président et précédant l'assemblée des membres.

Dans celle-ci M. Jenkins s'étend longuement sur le mouvement qui se manifeste en France pour l'érection d'un monument pour Horace Wells.

La société vote 500 francs, somme qui se trouve rapidement portée à 3000 francs environ souscrits par les membres individuellement.

Le bureau pour 1910 se compose comme suit :

Président : M. Quintéro, Lyon.

Vice-président : M. Spaulding, Hyères.

Secrétaire : M. T.-G. Patterson, Genève.

Trésorier : M. Cooper, Francfort.

N'oublions pas l'élection de M. Roussel, de Paris, comme membre du comité exécutif.

Comme lieu de réunion on tombe vite d'accord sur Paris, à Pâques, 1910.

La partie mondaine a été particulièrement brillante : plusieurs grands dîners et thés ont réuni les membres et leurs familles ; en outre le Comité local a arrangé spécialement pour nous une représentation de Lohengrin au grand opéra de Wiesbaden. Toutes ces réunions ont obtenu le plus mérité succès et la superbe réception du Comité local a surpassé tout ce qui a été offert dans des réunions précédentes.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

FÊTE DU TRENTENAIRE

Nous avons déjà dit le grand succès de notre fête du Trentenaire, dont nous avons publié un compte rendu sommaire dans notre dernier numéro. Avant de publier le compte rendu détaillé de ces inoubliables journées il faut encore faire ressortir la grande cordialité, la confraternelle sympathie qui ont présidé à ces fêtes; elles ont fait de celles-ci une grande et belle réunion familiale, qui laissera un profond souvenir dans le cœur de tous ceux qui ont eu le bonheur d'y assister.

C'était en effet un beau spectacle que celui de tous ces confrères, fraternellement unis dans un bel élan de piété filiale et de reconnaissance, venant fêter cette association et cette école qui furent leur Alma Mater.

Les membres de notre Comité de patronage étaient, eux aussi, venus en nombre, heureux de nous apporter une fois de plus en ce jour de fête le témoignage de leur sympathie; au milieu d'eux il nous était particulièrement agréable de voir des figures qui sont des plus sympathiques à l'Ecole dentaire de Paris, M. le sénateur Paul Strauss, qui présidait notre banquet, M. G. Mesureur, M. Chautemps, M. Desplas et M. Gariel.

Aussi quelles acclamations ont salué tous ces amis dévoués de nos institutions lorsque, à l'issue du banquet, ils ont dit en de charmantes improvisations leur affection pour notre école et leur admiration pour la superbe tâche accomplie par notre Groupement durant ces trente années!

L'Ecole et l'Association sont fières d'avoir conquis de telles sympathies; elles s'enorgueillissent à bon

droit de ces témoignages d'estime de ceux qui ont été les témoins de leurs efforts que la récente réforme des études dentaires vient de si brillamment couronner, juste pour le trentième anniversaire de leur fondation.

Préparé par un comité d'organisation au dévouement duquel nous sommes heureux de rendre hommage, le programme de ces fêtes fut parfait et la partie scientifique, organisée par le sympathique secrétaire de la Société d'Odontologie, fut, elle aussi, des plus réussies.

Plaisir et instruction professionnelle furent également répartis dans ces trois belles journées des 22, 23 et 24 mai, où pas une note discordante ne se produisit dans ce concert d'unanime sympathie; ce furent de ces journées où il est bon de vivre, et ceux qu'un de nos collaborateurs a si justement appelés les mauvais nourrissons *auraient eu un spectacle bien cruel s'il leur avait été donné de voir la joie et la cordialité qui régnèrent en maîtresses dans ces fêtes où, unis dans un même sentiment de gratitude, les enfants dévoués de cette école célébraient son labeur passé et faisaient des vœux pour sa prospérité toujours plus grande.*

De si belles fêtes auront de nombreux et heureux lendemains. Avec la nouvelle organisation des études dentaires, s'ouvre une ère nouvelle où, avec une instruction toujours plus élevée, s'affirme notre autonomie professionnelle. Après avoir puissamment contribué à l'adoption de cette organisation par les Pouvoirs publics, notre Groupement va contribuer à en assurer le fonctionnement ; il se montrera, est-il besoin de le dire, à la hauteur de cette tâche et, toujours plus haut pour la science odontologique, saura conduire ses enfants à de nouvelles victoires.

MAURICE ROY.

BANQUET

Ainsi que nous en avons rendu compte dans notre dernier numéro, le samedi 22 mai, à 8 heures du soir, un banquet réunissait 200 convives, dont 40 dames environ, dans les salons de l'Hôtel Continental. Il avait lieu sous la présidence d'honneur des Ministres de l'Intérieur, de l'Instruction publique, du Commerce, et la présidence effective de M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine, assisté de M. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, de M. le professeur Gariel, membre de l'Académie de médecine, de M. Emile Chautemps, sénateur de la Savoie, de M. Desplas, député de Paris, membre du Comité de patronage, de M. Iriart d'Etchepare, député, de M. Dourgnon, maire du IXe arrondissement de Paris, Fringnet, inspecteur d'académie, etc.

Au dessert furent prononcés des discours et portés des toasts que nous avons résumés, mais que nous reproduisons aujourd'hui *in extenso* dans l'ordre où ils ont été entendus.

DISCOURS DE M. GODON

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Voulez-vous me permettre de remercier d'abord MM. les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce, qui ont accepté la présidence d'honneur de cette fête et ont délégué près de nous leurs chefs de cabinet, MM. Mazaret et Lapeyre, puis tous ceux qui ont répondu à notre appel ce soir, avec notre cher président, M. le sénateur Strauss, les membres de notre Comité de patronage, M. G. Mesureur, qui nous fait l'honneur et l'amitié d'être de toutes nos fêtes, M. le professeur Gariel, M. le sénateur Chautemps, MM. les députés Desplas, Iriart d'Etchepare, M. le professeur Grimbert, M. le colonel Bouchez, M. Martin, directeur de la Monnaie, M. Fringnet, inspecteur d'académie, les représentants des Sociétés dentaires françaises et étrangères, de la Fédération dentaire nationale, de la Fédération dentaire internationale, et particulièrement des Fédérations dentaires nationales belge et espagnole, le vice-président délégué du Comité républicain du Commerce, de l'Industrie et de l'Agriculture, etc.

Je vous demande de faire une place spéciale, dans nos remerciements, aux dames qui ont bien voulu accepter notre invitation et prendre part à un banquet professionnel. Non seulement elles ajoutent, par leur présence, un charme spécial à cette réunion, elles lui donnent une note particulière de grâce et de beauté, mais encore elles complètent le caractère familial que nous avons toujours cherché à donner à nos réunions.

Seulement cette présence, dont nous nous félicitons, m'impose le devoir d'abréger l'inévitable discours qu'en ma qualité de président du Groupement je dois vous infliger, afin de vous permettre de jouir le plus tôt possible du concert qui doit succéder à ce banquet, grâce à l'aimable concours d'artistes de talent et de l'excellente musique du 46e de ligne, que M. le Gouverneur de Paris a si obligeamment mise à notre disposition.

Aussi, je ne vous ferai pas l'historique de ces trente années d'évolution professionnelle que nous avons voulu fêter ce soir, quoique je sois bien tenté de le faire, en raison de la part que les circonstances m'ont amené à y prendre.

A peine voudrais-je en une évocation rapide vous rappeler qu'elle débuta modestement dans un petit café de la rue Drouot au mois d'avril 1879. Là se tinrent les réunions préliminaires de la première de nos Sociétés, *le Cercle des dentistes de Paris*, d'où sont sorties toutes les œuvres de notre Groupement professionnel et, je puis dire, presque toutes celles dont s'enorgueillit la profession depuis cette époque. Nous sommes heureux de retrouver ce soir à cette table quelques-uns des fondateurs avec le premier président du cercle, notre collègue A. Claser. A peu près en même temps se fondait rue de Lancry *la Chambre syndicale de l'art dentaire*, avec laquelle le Cercle engagea aussitôt des luttes mémorables qui durèrent de longues années et sont aujourd'hui complètement oubliées, dans la commune fraternité des deux Ecoles parisiennes et de l'Ecole lyonnaise, comme le montre la présence à ce banquet du distingué président de la Société odontologique de France issue de la Chambre syndicale de l'Art dentaire.

Ce fut peu de temps après, en mai 1880, dans un modeste appartement du 23 de la rue Richer que fut fondée la première école, *l'Ecole dentaire de Paris ;* ainsi pour la première fois en France il exista un enseignement odontologique complet. Le Dr Louis Thomas, qui en fut le parrain, terminait sa conférence inaugurale sur *le passé de l'Odontologie* en nous prédisant le plus grand succès. « J'ai confiance, disait-il, dans l'avenir d'une école fondée par l'initiative privée et rien que par elle. »

Je ne veux que vous signaler son transfert en 1888 dans le petit hôtel de la rue Rochechouart, puis de là, en 1897, à la maison de la rue de La Tour-d'Auvergne, où elle est actuellement. Ce n'est pas encore le palais que nous prédit P. Bert en 1884, mais c'est au moins un immeuble entièrement adapté aux besoins de l'enseignement odontologique et des services d'un dispensaire dentaire moderne. La prospérité actuelle de l'institution avec ses 350 élèves, ses 60.000 malades, son budget de 300.000 francs, montre combien le Dr Louis Thomas avait raison.

A ces étapes successives correspond un développement intense de la vie professionnelle par la création d'autres écoles, l'Ecole odontotechnique, l'Ecole de Lyon, notre filiale, celles de Bordeaux, Nancy, Lille, ce qui porte à 700.000 francs environ le budget annuel de l'enseignement odontologique dans notre pays, dont à peine 50 ou 60.000 francs sont fournis par l'Etat ou les Universités. Comme conséquence, on constate la multiplication des Sociétés et des publications odontologiques. Le Congrès dentaire international de Paris en 1889 est la première manifestation scientifique de la renaissance des études odontologiques, il est bientôt suivi d'autres réunions semblables en France et à l'étranger, dues à l'initiative de nos écoles ou auxquelles elles prennent la part la plus active.

Parmi elles le troisième Congrès international de Paris en 1900 mérite une mention spéciale avec ses 1.200 adhérents et ses quatre volumes de comptes rendus, puis il faut noter la Fédération dentaire nationale, qui groupe les Sociétés régionales, la section d'odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui constitue la première application de notre autonomie scientifique et assure la continuité des congrès régionaux ; enfin la Fédération dentaire internationale, qui nous permet d'aller successivement chaque année depuis dix ans dans les principales villes d'Europe et des Etats-Unis, à Londres, à Cambridge, à Stockholm, à Madrid, à Saint-Louis en Amériqne, à Hanovre, à Genève, à Amsterdam, à Bruxelles (cette année ce sera à Berlin), pour nous entendre avec les plus qualifiés de nos confrères sur les intérêts généraux de l'Odontologie et établir les programmes internationaux de l'enseignement et de l'hygiène dentaires, programmes qui se sont depuis imposés dans la plupart des pays à l'attention des pouvoirs publics et en France ont formé la base des réformes que nous fêtons ce soir.

Du reste nous devons dire que les pouvoirs publics se sont tous successivement intéressés à cette évolution. C'est d'abord le Conseil municipal de Paris qui dès 1884 nous gratifiait d'une subvention annuelle, grâce à l'appui des conseillers d'alors que nous retrouvons ici aujourd'hui MM. Mesureur, Strauss, Chautemps, Desplas, etc. depuis députés, sénateurs, ministres d'hier ou de demain ; puis le Conseil général de la Seine, le Parlement dont le vénéré président de la Chambre, M. Henri Brisson, n'a cessé de protéger notre institution de sa précieuse sympathie ; enfin toutes les Administrations publiques. En même temps que les hommes politiques sont venus les savants, Trélat, Verneuil, P. Bert, Brouardel, pour ne parler que des disparus, et, pour ne citer que les présents, M. le professeur Gariel, qui présida nos deux Congrès de 1889 et de 1900, M. le professeur Grimbert, qui nous apporta si longtemps son concours dans l'Enseignement, M. le professeur Desgrez, qui nous l'assure aujourd'hui.

C'est ainsi que sont venues à nos institutions les consécrations publiques, la reconnaissance d'utilité publique de nos écoles, l'assimilation de nos dispensaires aux dispensaires de l'Assistance publique.

Après la loi de 1892 et les décrets de 1893 et de 1894 qui, malgré leurs imperfections, n'en constituèrent pas moins la charte des chirurgiens-dentistes et des écoles dentaires, le décret du 11 janvier 1909 va compléter heureusement la réforme professionnelle que nous n'avons cessé de poursuivre pendant cette longue période. Il consacre à nouveau, et un peu plus que ne l'avait fait la loi de 1892, l'autonomie de notre profession et de notre enseignement et la prédominance de notre technique.

On peut donc espérer voir sortir de cette législation spéciale une nouvelle période d'activité professionnelle et de progrès scientifique et voir réaliser ce rêve : l'unification et la conciliation de tous les Groupes qui nous divisent, dans l'Université de Paris agrandie, ouvrant enfin ses portes à l'enseignement odontologique tel qu'il s'est constitué avec tous les éléments dont il dispose : les écoles et les services hospitaliers, formant ainsi l'Ecole supérieure de dentisterie de Paris ou la *Faculté dentaire de l'Université de Paris*, délivrant, comme les universités américaines de Pensylvanie ou de Harward, le diplôme de docteur en chirurgie dentaire, qui placera enfin nos étudiants après leurs cinq années d'études dans une situation égale et même supérieure à celle des étudiants américains.

Malgré l'importance des résultats que je viens de vous rappeler, vous vous demandez pourquoi une simple question de réforme professionnelle a pu susciter tant d'enthousiasme, tant d'efforts persévérants pendant une aussi longue période, et grouper autant de hautes et puissantes sympathies autour d'elle. C'est, parce que, comme dit le poète, « au fond du cratère une aube rayonna » ; une aube, c'est-à-dire une lueur d'idéal qui éclaire et embellit la vie et l'élève au-dessus des banalités quotidiennes et lui donne une raison d'être.

Car, toute cette évolution se rattache par bien des côtés aux grandes questions démocratiques qui, pendant ces trente années, ont fait marcher les hommes et battre les cœurs, la défense des humbles, la solidarité, la mutualité, la philanthropie, le désir de s'élever par plus de savoir, de suivre le progrès moderne, de se dévouer à une œuvre d'initiative privée et d'intérêt général avec désintéressement.

Tous ces sentiments généreux qui constituent à notre époque la véritable noblesse, n'ont cessé d'avoir de l'écho dans les cœurs et d'attirer à notre institution et à notre mouvement professionnel tous ceux qui savent s'élever au-dessus des intérêts immédiats, c'est-à-dire une élite de collaborateurs dont on ne saurait trop louer le mérite.

Mais qui citer? C'est un dévouement collectif impersonnel, ce sont les ouvriers d'une même œuvre qui ont travaillé à maintenir l'alliance sereine de la science et de la philanthropie, où la philanthropie offre à la science avec la reconnaissance populaire, de nouvelles sources d'enseignement.

Qui citer parmi eux ? Au moins les disparus, auxquels nous devons en ce jour de commération, un souvenir ému, sans distinction de groupe et d'école, comme Lecaudey, Thomas, Poinsot, David, Dubois, Andrieux, Brasseur, Damain, Crignier et tant d'autres.

Mais parmi les principaux collaborateurs de cette évolution auxquels nous devons exprimer aujourd'hui le plus de reconnaissance, ne sont-ce pas les membres de nos Comités de patronage qui nous ont si efficacement aidés et continuent à nous aider dans nos revendications avec toute l'autorité qui s'attache si justement à leur nom, à leur situation scientifique, politique ou sociale ? Le vénéré président de la Chambre des députés, M. Henri Brisson, qui intervint si souvent en faveur de notre institution ; l'éminent directeur de l'Assistance publique, M. G. Mesureur, dont l'amitié, toujours vigilante, fut si précieuse pour la reconnaissance de notre dispensaire ; M. le professeur Gariel, qui présida nos Congrès de 1889 et de 1900, et facilita la création de notre section d'Odontologie de l'Association française pour l'avancement des sciences.

M. le sénateur Chautemps, dont l'appui si utile à la Commission du budget en 1894, nous valut le rapport Bastid, la charte protectrice de nos écoles ; M. le député Desplas, qui au Conseil municipal fit rétablir notre subvention, et tous les membres du Parlement et des corps scientifiques qui, en honorant notre fête de leur présence, nous apportent de nouvelles consécrations.

Et parmi eux, celui que nous avons nommé, avec son ami M. G. Mesureur, président d'honneur de notre Comité de patronage, et qui, comme lui, à chacune de nos étapes, a appuyé de toute l'autorité que lui donne sa haute situation sociale, toutes nos demandes, et a ainsi si puissamment aidé à la réalisation de la plupart de nos revendications et particulièrement de la dernière réforme à laquelle il n'a cessé de s'intéresser pendant sa longue pérégrination à travers les multiples études, enquêtes et commissions ;

Celui que l'estime et la sympathie générale faisaient élire cette année en tête de la liste des sénateurs de la Seine, et peu de temps après à l'Académie de médecine, celui dont nous sommes fiers que notre œuvre ait conquis l'intérêt et l'amitié. Aussi, résumant sur son nom toute notre reconnaissance pour les membres de notre Comité de patronage, je porte de votre part un toast à M. le sénateur P. Strauss. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. FRANCIS JEAN,

Président de l'A. G. D. F. et de la F. D. N.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,
Mes chers confrères,

Le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, dont nous fêtons aujourd'hui le trentenaire, me procure l'honneur, en qualité de président d'une de ses sections, l'Association, de prendre la parole pour vous adresser des remerciements et pour vous exposer à grands traits le chemin parcouru depuis 30 ans.

Bien que l'Association générale des dentistes de France fût, en 1878, le pivot autour duquel se recrutèrent les éléments qui créèrent l'Ecole dentaire de Paris, il n'en est pas moins vrai que la subdivision s'est imposée pour différentes raisons basées sur le rôle scientifique de celle-ci, et sur le rôle social de celle-là.

Le rôle prédominant de l'Ecole n'est pas niable, et il s'explique par l'œuvre du relèvement professionnel en France en y créant l'enseignement odontologique. Cela n'atténue pas le nôtre, bien au contraire. Il le limite plus exactement et nous assure, en tant qu'Association, une tâche d'une importance considérable.

L'union intime, indissoluble, est donc indispensable pour l'une comme pour l'autre de ces deux sections de notre groupe, afin que la profession puisse bénéficier de cet accord.

Une génération de dentistes est sortie de ces créations avec un savoir incontestable et l'aspiration légitime d'augmenter encore ce savoir et de former une profession autonome bien homogène.

L'organisation des Sociétés scientifiques, des Congrès régionaux, nationaux et internationaux, a puissamment aidé à cette évolution ; nous sommes devenus autonomes par nos propres forces et grâce à notre volonté persévérante.

La première étape, en 1892, aboutit à l'existence légale des dentistes et à la reconnaissance officielle de leurs droits acquis par la création, avec leurs propres ressources, je le répète, de l'enseignement professionnel de leur art.

Ce résultat encourageant ne fut pas obtenu sans luttes, parfois chaudes ; mais la victoire fut remportée, malgré des opposants dont l'action s'est toujours bornée à attendre que l'Etat se charge exclusivement de nous donner l'enseignement dont nous avions besoin.

L'expérience nous indiquait chaque jour les défectuosités d'une réglementation insuffisamment mûrie ; elle nous démontra d'une façon péremptoire qu'il y avait des modifications considérables à apporter dans les études odontologiques.

Nous nous en émûmes, et nous nous mîmes à la besogne pour obtenir la réforme de ces études et des examens qui les terminent.

Le décret de janvier dernier a réalisé tous, ou à peu près tous nos desiderata. Cette dernière victoire, remportée grâce à nos efforts, montre ce dont est capable l'entente de confrères travaillant pour l'honneur de leur profession. A ce propos je ne saurais oublier que je suis aussi président de la Fédération dentaire nationale, dont cette fête du trentenaire de l'Ecole et de l'Association consacre en quelque sorte publiquement l'existence, et pour cette raison, j'ai le devoir de remercier les Groupements qui nous ont aidés de leur collaboration.

La Fédération dentaire nationale n'est encore qu'une petite fille de neuf ans auprès de son aîné, le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, mais sa création s'est imposée par suite du nombre des Sociétés professionnelles qui sont écloses et se sont épanouies au premier Congrès dentaire international de 1900, tenu à Paris, ou depuis ce Congrès.

Elle a contribué pour une large part à notre dernière victoire. Comme président de cette Fédération, je tiens à féliciter toutes les Sociétés adhérentes et leurs représentants ici présents, des résultats obtenus par leur union, dont la manifestation la plus récente constitue en quelque sorte la charte du chirurgien-dentiste. Ces Sociétés nous ont aidés à faire de la bonne besogne, elles peuvent en être fières ; mais, comme tout est perfectible et toujours, et, comme le progrès marche sans cesse, tout n'est pas fini et il y a lieu d'aspirer à des résultats meilleurs encore.

Cette création a donc été nécessitée par les intérêts corporatifs, sociaux et scientifiques de notre profession. Jusque-là les associations professionnelles nationales vivaient isolées ; mais avec le progrès, le besoin d'un rapprochement entre elles s'est fait sentir.

La preuve en est dans les liens étroits qui nous unissent à la Fédération dentaire internationale, qui tiendra ses assises pour la dixième fois au mois d'août prochain à Berlin à l'occasion du cinquième Congrès dentaire international.

Les membres éminents qui représentent ce soir notre Comité de patronage ont droit à toute notre gratitude pour les encouragements qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer et les résultats obtenus grâce à leur appui.

Je suis heureux d'adresser en même temps un hommage particulier à M. Godon, l'ouvrier acharné et infatigable qui sut entraîner à sa suite les éléments utiles à la cause des dentistes.

Notre devise « Union et Progrès » est justifiée car, par l'union des travailleurs nous avons acquis la force qui nous conduira au progrès constant.

Je porte donc un toast à tous ceux qui ont contribué à la renais-

sance de la science dentaire française et je souhaite que ceux qui nous suivront continuent les progrès professionnels qui doivent toujours élever davantage notre corporation. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. PAUL STRAUSS,

Sénateur, président.

Mesdames, Messieurs,

En cette soirée triomphale les compliments vont se suivre et se ressembler et s'ils ont un air de parenté, ils auront tout au moins le mérite d'être aussi brefs que sincères.

Votre Comité de patronage que nous sommes ici quelques-uns à représenter a été comblé au delà de la mesure légitime, et pour ma part j'ai reçu de mon ami M. le Dr Godon comme de M. Francis Jean des éloges disproportionnés avec les services que j'ai pu vous rendre. En tous les cas si le Conseil municipal de 1884 dont nous faisions partie, si les pouvoirs publics auxquels nous appartenons ont à se féliciter d'avoir contribué pour une part quelconque aux résultats que vous célébrez ce soir, c'est surtout à vous, aux ouvriers de la première heure, que le principal mérite en revient.

Tout à l'heure M. le Dr Godon avec autant de modestie que d'intelligence évoquait le souvenir de vos étapes successives. Il nous faisait passer — et je suis un témoin de la première heure — de la rue Richer à la rue Rochechouart, de la rue Rochechouart à la rue de La Tour-d'Auvergne, et il me semblait pour ma part revivre personnellement mon passé de conseiller municipal du quartier Rochechouart et du neuvième arrondissement. C'est l'initiative privée qui est aujourd'hui récompensée par l'éclosion de vos œuvres, par l'importance des résultats que vous avez obtenus, par la reconnaissance de l'art dentaire en France et si de tels résultats, aussi considérables, ont été obtenus, c'est grâce aux hommes qui m'entourent et plus particulièrement, je tiens à le dire, à mon voisin de droite, à mon ami M. le Dr Godon qui s'est montré depuis 30 ans le collaborateur le plus infatigable de votre œuvre, qui a montré des qualités éminentes d'organisateur, qui a su allier le tact d'un diplomate à la maîtrise d'un professeur. *(Applaudissements.)*

Il a été surtout un agent de concorde, d'union et de rapprochement en cette œuvre de fraternité, d'entente active et féconde. Il a été puissamment secondé par mon voisin de gauche M. Francis Jean *(Applaudissements)* et en ayant à mes côtés, à ma droite et à ma gauche le président du Groupement professionnel de l'Ecole dentaire et le président de l'Association générale des Dentistes de France, je vois une véritable union non seulement personnelle, mais encore

symbolique des forces qui ont si parfaitement contribué aux réformes récentes dont vous célébrez l'avènement.

Je vous félicite, messieurs, d'avoir pendant 30 ans été fidèles à votre idéal professionnel, philanthropique et social. Vous avez été non seulement des promoteurs de l'enseignement pratique, vous avez non seulement coopéré au relèvement de votre profession, à son ennoblissement, à son accroissement de prestige, mais encore vous avez été des missionnaires de bonté et de philanthropie, et c'est pour ces raisons que mon ami M. Mesureur vous a rattachés à l'Assistance publique.

Vous avez été pendant 30 ans par vos dispensaires des véritables collaborateurs de l'Assistance publique et de la bienfaisance privée. Vous avez fait de la médecine préventive, de l'hygiène dentaire, vous en faites et vous en ferez de plus en plus dans les écoles et dans l'armée et nous en avons ici des témoins reconnaissants. Vous en avez fait dans les hôpitaux, dans vos dispensaires, dans tous les milieux collectifs. Je considère que vous êtes les meilleurs auxiliaires de la médecine : vous faites partie de la grande famille médicale tout en conservant jalousement votre autonomie scientifique et technique. *(Applaudissements prolongés.)*

Je bois, messieurs, à ceux qui ont été les organisateurs, les fondateurs de vos écoles et de vos Sociétés, à ceux qui ont poursuivi si longtemps, avec une ténacité aussi efficace et si passionnée un idéal de relèvement professionnel en même temps que d'extension philanthropique et hygiénique. Je bois à l'avenir de votre profession et en buvant à vos Sociétés et à vos Groupements, permettez-moi de porter plus spécialement la santé de vos deux présidents le Dr Godon et M. Francis Jean. Je bois à vos succès de demain, à l'accroissement de prestige et d'autorité de votre profession, aux perspectives agrandies, élargies chaque jour d'hygiène sociale et individuelle que vous représentez. Je bois à l'union intime de vos Groupements, de vos Sociétés, de vos Ecoles, pour les plus grands progrès de l'art dentaire et pour le plus grand profit de l'humanité. *(Salve d'applaudissements.)*

DISCOURS DE M. G. MESUREUR,

Directeur de l'Assistance publique.

Mesdames, Messieurs,

Après le discours de notre cher Président, il semble que nous n'ayons rien à ajouter et qu'il a dit en notre nom tout ce que nous pouvions et tout ce que nous devions vous dire.

Il est une formule, une tradition qui vous est chère, elle dit : qu'il convient de guérir et non pas d'arracher. Je voudrais en ce moment

que nous puissions vous guérir des discours et que vous n'hésitiez pas à ne plus nous en arracher. *(Rires.)*

Néanmoins, je ne veux pas refuser à notre président, qui m'a donné la parole, d'ajouter quelques mots à ce qu'il a si bien dit pour vous remercier. Et puisque nous fêtons un trentenaire, permettez-moi de rappeler une heure de cette longue période de trente années, une heure qui a été, je le crois, décisive pour l'avenir de l'enseignement dentaire libre. C'est celle où avec mon ami Chautemps, qui a déclaré qu'il ne ferait pas de discours, mais que je veux forcer à venir témoigner à son tour que je dis la vérité, c'est l'heure où dans la Commission du budget de 1893-1894 l'État est arrivé avec tout le poids de son autorité, nous demander des crédits pour créer une faculté dentaire officielle. Nous avons résisté et nous avons remporté une victoire. Nous avons fait repousser les crédits et nous avons laissé à l'art dentaire libre, à son enseignement toute sa liberté, toute son extension, nous avons ainsi préparé, permettez-moi de le dire, le triomphe de 1909. *(Applaudissements.)*

Aussi, messieurs, ces souvenirs nous suffisent-ils. Nous avons été à cette époque vos humbles collaborateurs. Nous savons que c'est à la confiance, à l'action, et on peut dire à la persévérance et au génie de votre président M. Ch. Godon, que vous le devez. Nous sommes fiers d'avoir été à cette heure difficile ses collaborateurs et de saluer aujourd'hui son triomphe avec le vôtre. *(Applaudissements chaleureux.)*

DISCOURS DE M. LE PROFESSEUR GARIEL

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Il y a vingt ans, un peu plus de vingt ans, j'étais chargé de l'organisation des congrès pour l'Exposition internationale.

J'avais beaucoup de demandes qui passaient à leur tour sans de trop grandes difficultés. Un jour il m'en est arrivé deux qui m'ont fortement inquiété. C'était en effet deux demandes pour un congrès dentaire. Deux demandes pour un même congrès, c'était beaucoup. Il ne paraissait pas y avoir d'arrangement possible, chaque unité voulait avoir son congrès. Je considérais, moi, que c'était inacceptable. Vous connaissez la phrase : « Toute maison divisée contre elle-même périra. » Ce n'était pas le cas de l'appliquer absolument, car les dentistes rendent assez de services pour que l'on soit assuré que jamais l'art dentaire ne périra ; mais cette dualité ne pouvait avoir que des inconvénients.

Je dois dire qu'après quelques pourparlers, j'ai eu le plaisir de voir se faire l'union de ces deux Groupements qui avaient demandé chacun un congrès et il me paraissait essentiel — j'y suis arrivé du

reste — qu'il n'y eût qu'un congrès unique, que la fusion se fît, qu'il n'y eût pas de division et que tout le monde se présentât sous le même étendard. Bref nous y sommes arrivé.

En 1900, j'ai encore été chargé de l'organisation des congrès, il n'y a pas eu alors de difficulté, les dentistes sont venus tous en bloc et ont demandé un congrès.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler le succès qu'il a obtenu.

Il y a donc eu là une série de réunions, de déplacements de votre monde professionnel qui ont, je crois, été profitables à tous.

Un peu plus tard, j'ai eu l'occasion encore de pouvoir vous rendre peut-être quelques services.

L'Association française pour l'Avancement des Sciences tient tous les ans un congrès dans une ville de France.

Elle est divisée en vingt sections. Il y a notamment une section des sciences médicales. On nous avait demandé si on ne pourrait pas créer une Section d'odontologie.

La Section d'odontologie a été un peu battue en brèche, quelques personnes pensaient qu'elle était un peu inutile, qu'elle devait rentrer dans la section des sciences médicales. Je me suis mis absolument en contradiction avec cette idée, j'ai pensé que l'odontologie devait constituer une section tout à fait spéciale, et j'eus le plaisir de réussir. La Section a été fondée, et je dois dire que l'Association française pour l'Avancement des Sciences doit s'en réjouir, car assurément, parmi les vingt sections qui se réunissent annuellement en congrès la Section d'odontologie est certainement une des p'us vivantes. (*Applaudissements.*)

Je m'intéresse beaucoup à cette question, non seulement parce que au point de vue scientifique et pratique elle a un intérêt, mais encore parce que les Groupements qui sont représentés ici, constituent pour moi un modèle, un exemple de ce que peut faire l'initiative privée.

Malheureusement, en France, nous sommes trop souvent habitués à nous reposer de tout sur l'État, nous nous reposons sur lui pour les modifications, les créations qu'il y a lieu de faire, et nous avons le droit de nous enorgueillir de voir qu'un Groupement sans attache avec l'État, a créé quelque chose qui a actuellement une place que tout le monde reconnaît comme valablement acquise.

Je ne crois pas qu'il y ait actuellement un autre exemple d'un Groupement privé qui soit arrivé à ce que son enseignement soit reconnu comme enseignement d'État et que, à la suite de cet enseignement, on puisse arriver à des examens des facultés. Je ne crois pas que cela existe nulle part.

Non pas seulement au point de vue particulier de l'art dentaire, mais encore au point de vue intellectuel général, il y a là un exemple

qui me paraît excessivement intéressant et qu'il serait fructueux de voir se reproduire ailleurs. En particulier, c'est une des raisons pour lesquelles je m'intéresse si vivement aux Groupements dentaires. Je m'y intéresse évidemment aussi parce que j'ai eu le plaisir de faire dans votre monde de très bonnes relations. J'ai vu tout de suite l'intérêt que votre organisation présentait au point de vue professionnel comme au point de vue général.

Je bois donc, mesdames et messieurs, du plus profond de mon cœur, au développement et à la prospérité des Groupements dentaires. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. CHAUTEMPS,

Sénateur.

Mesdames, Messieurs,

Je ne pensais pas que le sénateur rural que je suis devenu, pouvait avoir à prendre la parole ce soir dans cette brillante réunion. Mais je m'y trouve si gracieusement convoqué par mon ami Mesureur, que, je le vois bien, il faut que je dise quelques mots. On ne peut guère d'ailleurs faire autrement quand on fête des noces d'argent. C'est en effet en 1884, il y a 25 ans, que j'ai eu le plaisir de vous connaître pour la première fois. J'étais alors jeune conseiller municipal et membre de cette commission de l'Assistance dont Strauss était une des personnalités les plus éminentes, et nous eûmes alors le grand bonheur de pouvoir vous faire voter quelques modestes milliers de francs. Ce fut le premier service que je fus appelé, en collaboration avec mes amis, à vous rendre. Mesureur vous rappelait très finement tout à l'heure que, quelques années plus tard, à la Commission du budget, il nous fut donné de vous servir plus efficacement encore en refusant alors, avec la plus grande énergie, une somme autrement importante qu'on se proposait d'allouer à l'art dentaire.

Cette fois, c'était l'Etat qui proposait de vous faire don de plus de 120.000 francs. Vous aviez grandi, vous étiez devenus une Société florissante, ayant conquis une grande autorité, tant au point de vue de l'enseignement dentaire qu'au point de vue des services que vous rendiez à l'Assistance publique. L'Etat voulut mettre la main sur vous. Nous avons empêché ce crime et nous nous en réjouissons.

C'est parce que vous êtes demeurés une Société libre, attendant tout de son initiative et du courage de ses membres que vous êtes devenus cette société dont M. Gariel disait justement tout à l'heure qu'on pouvait la donner en exemple à tous ceux qui se soucient de savoir ce que peut l'initiative privée. *(Applaudissements.)*

Je m'aperçois que je suis en train de faire un discours et je suis

arrivé ici avec la volonté bien arrêtée de ne pas en faire. Aussi je coupe court, mais en prenant le moyen de me tailler un succès incomparable, celui de porter la santé des dames. *(Applaudissements.)* Je lève donc mon verre en l'honneur des dames qui sont le charme de cette soirée.

DISCOURS DE M. DESPLAS,

Député.

Mesdames, Messieurs,

Je remercie notre président de vouloir bien me donner la parole. Loin de moi, d'ailleurs, la pensée de m'en servir pour vous faire un discours. Au fur et à mesure que les orateurs se lèvent, ce que disait tout à l'heure mon ami M. Mesureur devient plus vrai ; les discours sont faits, il n'y a plus rien à y ajouter. Comment parler après M. Godon et mon très bon ami Francis Jean qui ont admirablement précisé le caractère et l'objet de cette fête ? Comment parler après le discours de M. Paul Strauss, cet homme de grande intelligence et de grand cœur, ce travailleur infatigable qui nous préside ce soir ? *(Applaudissements.)* Combien opportunément M. Godon rappelait tout à l'heure que l'Académie de médecine vient de nous ouvrir ses portes, mon cher ami ! Je rappelle à mon tour que le corps électoral de la Seine vient de vous faire récemment une élection triomphale montrant que les démocraties savent être reconnaissantes et sont moins promptes qu'on ne le pense à exercer ce droit à l'ingratitude qui leur est reconnu quelquefois. *(Applaudissements.)*

Mais si un discours m'est interdit, une parole de remerciements m'est permise.

Je vous sais un gré infini, mon cher président, d'avoir bien voulu me faire une petite place dans cette fête commémorative de tous les événements qui ont fait de vous, messieurs, les représentants d'une branche si importante de la famille médicale. Je suis tout à fait touché du souvenir que vous avez gardé de celui qui en 1904 eût le grand honneur de présider la séance de réouverture de vos cours et de distribution des récompenses. Le président du Conseil municipal de Paris de cette époque est resté votre ami. S'il n'est plus au Conseil municipal il est ailleurs et le cas échéant il saura vous prouver au Parlement son amitié et c'est en témoignage de cette bonne volonté certaine que je lève mon verre à mon tour à vos Groupements professionnels, à la Société d'Odontologie, à l'Association générale des dentistes de France et plus particulièrement aux hommes distingués qui les président et qui, avec votre concours à tous, ont su élever aussi haut la science odontologique de France. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M D'IRIART D'ETCHEPARE,

Député.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Quand j'ai eu le très grand honneur d'être invité à cette fête, je ne me doutais pas que cela serait un très grand plaisir pour moi, parce que je ne savais pas alors que des dames assisteraient à ce banquet. Lorsque je reçus votre invitation je me posai cette question : Pourquoi peut-on m'inviter à un banquet de l'Ecole dentaire ? Ma première pensée, je l'avoue, fut de ne pas y assister. Puis ayant réfléchi, je me suis rappelé qu'un matin — et je prie M. Mesureur de ne pas m'écouter parce qu'en cette occasion j'ai commis une très sérieuse infraction aux règlements — voulant me rendre compte de ce qu'était l'Ecole dentaire de la rue de La Tour-d'Auvergne, je résolus de m'y rendre et de m'y présenter pour demander des soins. Alors je pris un chapeau mou, je m'habillai aussi mal que je le pouvais — et cela n'est pas difficile pour un député — et je me rendis à l'Ecole. Je me présentai à la clinique où je trouvai des professeurs charmants, ne sachant bien entendu pas qui j'étais. Je leur demandai de m'arracher une dent. Un de ces messieurs m'enleva ma dent d'une façon merveilleuse. Il a une telle poigne que je suis persuadé que les élèves de l'Ecole dentaire qui sont ici reconnaîtront le maître de qui je veux parler. Au bout de quelques jours l'un des élèves divulgua mon identité, si bien que la troisième fois que je me présentai je fus plus mal accueilli : j'étais un député et je n'étais pas un indigent. On me conduisit cependant auprès de ces messieurs de l'Ecole dentaire et j'eus le grand plaisir de voir de près ce qu'était cette œuvre, et apprécier les résultats obtenus.

C'est très beau les alouettes qui tombent toutes rôties, c'est trop hélas ! l'idéal du peuple français. Je me trouve ici dans un groupement où je vois des hommes qui n'ont compté que sur leur initiative, qui ont voulu mettre au rang qu'elle occupe une profession très intéressante.

J'estime pour ma part que le jour où nous aurons des chirurgiens-dentistes d'abord cela ne fera pas de tort à la chirurgie en général, mais cela nous rendra des services que la chirurgie ne peut pas toujours nous rendre. J'ai l'honneur d'être le compatriote et l'ami d'un chirurgien des hôpitaux, qui est même professeur à la Faculté de médecine de Paris. Or si jamais je voulais lui proposer de m'arracher une dent, il ne saurait, j'en suis certain, y consentir.

Ces Ecoles dentaires ont été créées avec la volonté et les ressources de vos professionnels. Elles se sont propagées sans essayer de faire des bénéfices, quelquefois même sans essayer d'en retirer des honneurs, c'est une constatation que je me permets de faire, je ne

suis membre d'aucun conseil qui entoure cette école, mais je constate que peut-être dans ces écoles dues à l'initiative privée il y aurait beaucoup à gagner de prodiguer des encouragements. Or je constate, et je suis convaincu que là-dessus nous sommes tous d'accord, qu'il y a assurément quelques rubans rouges qui tiendraient à l'Ecole une place au moins aussi honorable qu'ailleurs.

Je n'ai pas l'intention d'abuser de votre attention. Je sais qu'une fête artistique va vous être donnée. Permettez-moi simplement de remercier l'Ecole dentaire des soins qu'elle m'a donnés et permettez-moi d'exprimer ma reconnaissance à ses professeurs, ainsi qu'à leurs élèves de la future génération qui rendront, eux aussi, service à tous les pauvres, à tous ceux qui souffrent et en même temps sauront honnêtement gagner leur vie, peut-être aussi bien et mieux qu'un député. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. LAPEYRE,

Représentant le Ministre du Commerce et de l'Industrie.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

M. le Ministre du Commerce, empêché par un deuil récent d'assister à la fête du trentenaire de la création de l'enseignement dentaire et de la réforme des études odontologiques, m'a confié l'honneur et l'agréable mission de le représenter au milieu de vous et de vous adresser l'expression de sa bien vive sympathie.

Il m'a chargé de vous dire l'intérêt qu'il porte à votre œuvre qui, née de l'initiative privée, constitue l'un des plus puissants auxiliaires de son département ministériel.

Il suit avec sollicitude le développement normal de votre association et apprécie les services que vous rendez aux 50.000 malades qui fréquentent votre dispensaire.

Je vous apporte donc les félicitations et les encouragements du Ministre du Commerce et l'assurance que votre comité trouvera toujours rue de Grenelle le plus cordial et le plus sympathique accueil.

Mon rôle se borne à peu près là, car je me garderai bien au milieu des docteurs, professeurs et membres de l'Académie de médecine, je me garderai bien, dis-je, au milieu des compétences indiscutables qui m'entourent, de parler de votre art, de son développement et de sa mission.

Je laisse à des voix plus autorisées que la mienne le soin de vous en faire l'exposé et de vous dire tout le mérite qu'ont ceux qui en un temps relativement court ont créé de toutes pièces l'enseignement supérieur théorique et pratique de l'art dentaire qui viennent suivre à Paris un grand nombre de docteurs étrangers.

Je crois être l'interprète de vous tous en levant mon verre à notre distingué et savant président, M. le sénateur Paul Strauss, de l'Académie de médecine, qu'on est toujours sûr de trouver à la tête de toutes les œuvres de bien, qu'il s'agisse de l'enfance comme dans la puériculture et la mutualité enfantine des adultes, comme dans l'œuvre présente ou de ceux dont les cheveux ont blanchi au labeur comme dans les retraites des ouvriers et des cheminots.

Je bois à M. le directeur de l'Assistance publique, à MM. les Parlementaires, à MM. les Professeurs, à M. Dourgnon, maire du IXe arrondissement de Paris, qui ont bien voulu par leur présence rehausser l'éclat de votre fête.

Je bois à vous tous, messieurs les Professeurs, qui par un labeur incessant élargissez chaque jour le domaine scientifique de notre chère France, de notre grande République. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. SIFFRE,

Président de la Société Odontologique de France.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

C'est avec une vraie émotion que j'ai l'honneur de prendre la parole ce soir, car nous avons à la table d'honneur l'élite des orateurs et nous n'avons pas, nous, qualité pour bien parler ici. Nous avons, comme le disait un précédent orateur, le talent de bien faire sur toutes les dents, mais nous n'avons peut-être pas celui de faire de belles phrases.

Cependant, comme représentant ici la Société odontologique de France, qui a l'honneur d'être une Société libre, n'ayant aucune attache, vivant de ses propres forces, Société qui m'a fait l'honneur de me charger de la représenter parmi vous ce soir, je remercie mes confrères et amis de m'avoir invité à cette fête. Ne voulant pas faire non plus de discours, je mentionnerai simplement les résultats du décret que nous fêtons en réalité ce soir, car c'est véritablement l'acte de majorité de l'Odontologie que nous célébrons. Je ne retiendrai que cela, c'est que, si le décret n'a pas créé un enseignement absolument parfait, il a fait une chose qui était absolument essentielle, empêcher l'Odontologie de sombrer et d'être engloutie par la Faculté de médecine. L'enseignement de l'Etat, c'est ce à quoi nos confrères les stomatologistes tenaient beaucoup. Ils étaient, eux, d'avis de faire des médecins-dentistes comme il y a des médecins oculistes, laryngologistes, etc. Quand la Société odontologique de France a été appelée à prendre la parole, nous n'avions pas en vue le projet qui a abouti au décret, mais en présence de l'unanimité avec laquelle toutes les Sociétés avaient accueilli ce décret, nous

avons accepté par simple discipline. Il valait mieux accepter ce qui n'était pas notre idéal à nous, voir l'odontologie ne pas disparaître, et avoir ainsi en mains toute l'éducation du dentiste pour en faire le praticien qui sera l'égal du médecin, de l'ingénieur, en un mot l'égal de tous ceux qui exercent une profession libérale, un homme qui, sorti de l'Ecole, aura le droit à la confiance et à la considération de ses concitoyens parce qu'il sera l'égal du médecin, de l'ingénieur. C'est dans un temps un peu éloigné que se réalisera cet idéal, certes, mais avec des hommes comme M. Godon, qui est un véritable meneur d'hommes, que nous le voulions ou non, qui a le talent de nous faire marcher, parce que ceux qui ne marchent pas avec lui, il les laisse en route et ils forment le déchet de la Société dentaire et de ceux-là on ne s'en occupe pas. *(Applaudissements.)*

Tout à l'heure Mme d'Argent me disait que je ne porterais pas spécialement un toast aux dames. Je commence par le faire et je viderai ma coupe en leur honneur. Je bois aux présidents de nos Sociétés dentaires et à l'enseignement supérieur du dentiste.

DISCOURS DE M. QUINTIN,

Au nom des Dentistes de Belgique.

Mesdames, Messieurs,

J'ai d'abord à vous présenter les excuses de notre excellent confrère Rosenthal, président de la Fédération dentaire nationale belge de n'avoir pu assister à ces fêtes commémoratives du trentenaire des premières Sociétés dentaires françaises et de la création de l'enseignement dentaire. Des devoirs impérieux le retiennent à Bruxelles.

C'est donc comme délégué de la Fédération dentaire nationale belge et comme président de la Société belge d'Odontologie que j'ai l'honneur de prendre la parole parmi vous.

Il y a aujourd'hui un an qu'à l'occasion d'une visite du président de la Fédération dentaire internationale, le Docteur Sauvez, la Fédération dentaire nationale belge vit le jour.

Nous avons tout lieu de nous réjouir de sa vitalité qui n'a fait que grandir tous les jours. Témoins, les divers événements qui se sont déroulés depuis lors : Réunion de la Fédération dentaire internationale à Bruxelles, en 1908, plusieurs créations de cercles dentaires locaux, fondation du *Journal dentaire belge*, réunions nombreuses et suivies dans lesquelles a été élaborée la plate-forme de l'enseignement dentaire en Belgique et par-dessus tout, l'union de tous les dentistes belges en vue de la réalisation de notre idéal cher à tous ; l'autonomie de l'Odontologie.

La Société belge d'Odontologie, un peu plus ancienne et dont le

programme est calqué sur celui de la Société d'Odontologie de Paris, n'a pas manqué de suivre les nobles traces de son aînée étrangère. Elle s'inspire de son exemple pour s'occuper tout particulièrement des questions scientifiques. De nombreux confrères fréquentent les réunions et rivalisent de zèle et de dévouement pour affirmer le désir de travailler en vue du bien-être et de l'avenir de notre profession.

Si je vous ai fait l'historique de la Société belge d'Odontologie et de la Fédération dentaire nationale belge qui représentent les quatre principaux groupements dentaires, à savoir : la Société d'Odontologie d'Anvers, l'Association générale des dentistes de Belgique, la Société belge d'Odontologie et le Cercle dentaire liégeois, c'est pour vous montrer combien votre exemple a pu nous inspirer. La communauté de langue, les communications très faciles avec un pays ami, les conférences et démonstrations que des confrères français aussi éminents qu'obligeants viennent nous donner en Belgique, les réunions auxquelles vous avez toujours eu la délicatesse de nous inviter, la diffusion de vos journaux professionnels dans notre petite Patrie, le grand nombre de confrères qui sont passés par l'Ecole dentaire, tout cela fait que nous vivons de votre vie et que toute circonstance de nature à réjouir les dentistes français amène inévitablement une répercussion en Belgique. C'est vous dire combien nous admirons vos progrès, votre marche en avant.

Dans un pays de liberté aussi accentué que la France, il était tout naturel que l'Art dentaire se développât d'une façon intense et cela grâce à vos talents d'initiative, à vos dévouements, à toutes vos belles qualités intellectuelles.

C'est vous dire aussi combien sont sincères et chaleureuses les félicitations qu'au nom de tous les confrères belges de la Fédération dentaire nationale belge et spécialement de la Société belge d'Odontologie je suis heureux de venir vous apporter. Nul doute que la situation actuelle créée en France n'amène une heureuse influence sur la lutte que nous menons en Belgique pour saper par la base l'édifice de 1818 qui nous régit encore. A vous tous, messieurs, aux ardents fondateurs de la pensée dentaire libre, aux vaillants pionniers de la profession, au Gouvernement français qui a su vous écouter, je lève mon verre et je dis *Bravo, for ever*. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. ROY,

Au nom de *L'Odontologie* et de la presse professionnelle.

Lorsque les dentistes se groupèrent il y a trente ans pour constituer les Sociétés que nous fêtons aujourd'hui, ils sentirent bien vite la nécessité de la création d'un journal qui put servir à la fois à la défense

de leurs idées et de leurs intérêts professionnels et à la diffusion des travaux scientifiques.

Commencée sous la forme d'un modeste *Bulletin*, cette publication se transforma bientôt en une revue, mensuelle d'abord, puis bimensuelle, qui est *L'Odontologie*, le journal dentaire de langue française, le plus important par la nature de ses publications et par le nombre de ses abonnés.

Le journal de notre Association a su prendre dans le monde professionnel de tous les pays une place des plus importantes dont nous voyons la preuve dans le grand nombre de nos abonnés étrangers.

L'Odontologie a donc travaillé, elle aussi, à la prospérité du Groupement tout entier soit par les nombreux travaux scientifiques français et étrangers qu'elle n'a cessé de publier, soit par ses articles de politique professionnelle.

Par les uns, elle continuait et étendait l'œuvre d'éducation collective créée par l'Ecole dentaire de Paris ; par les autres, elle assurait la défense des idées libérales et démocratiques qui ont toujours été les idées directrices de notre Groupement et elle luttait vaillamment pour la défense de notre autonomie professionnelle, que les réformes des études dentaires que nous fêtons aussi ce soir viennent de consacrer.

Je n'aurais garde d'oublier non plus la tâche accomplie par les autres organes de la presse dentaire dont je suis heureux de voir les représentants à cette fête, et que je suis heureux de féliciter et de remercier au nom de nos Sociétés professionnelles.

Je suis particulièrement flatté que ma qualité de rédacteur en chef du journal de l'Association générale des dentistes de France me donne l'occasion de dire ici ma joie à moi, vieil enfant de la maison, au spectacle d'une fête comme celle de ce soir.

Au nom de *L'Odontologie*, au nom de la presse professionnelle, je salue ici tous les vaillants confrères qui, depuis trente ans, se sont dévoués dans nos Sociétés et qui ont su donner à l'art dentaire français l'éclat dont il brille aujourd'hui, et c'est à la prospérité toujours croissante de l'art dentaire autonome que je lève mon verre, en saluant de joyeux vivats nos Sociétés professionnelles et l'Ecole dentaire de Paris. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. MONNIN,

Au nom des dentistes de province.

Mesdames, Messieurs,

Il ne me reste rien à dire, après les discours clairs, concis, élaborés par l'esprit, que je viens d'entendre. Dans un jour de grande fête comme celle-ci nous sommes tous à la joie, et si ce n'était pour rem-

plir une tâche qui m'est agréable j'aurais évité de prendre la parole.

Je pense être l'interprète de tous nos confrères de province en remerciant du fond du cœur les personnages du monde officiel qui nous ont honorés de leur présence ici au banquet, dans bien d'autres circonstances et dont l'appui moral et désintéressé ne nous a jamais fait défaut.

Je pense toujours être leur interprète en exprimant toute leur reconnaissance aux membres du Groupement de l'E. D. P. qui ont pris une part active aux travaux de la réforme des études dentaires et de l'orientation professionnelle.

Ce souvenir reste à tout jamais gravé dans notre mémoire et les actes du Groupement de l'E.D.P., de l'A. G.D.F. et de la F.D.N. en transmettront la preuve aux temps les plus reculés.

Travailler avec vous offre un double profit, s'il m'est permis d'employer ce terme :

1° C'est d'abord celui de trouver en vous l'amour de l'œuvre à laquelle nous travaillons et le désir de la mener à bonne fin : nous voulons le dentiste instruit, connaissant ses droits, aussi ses devoirs et capable de se rendre utile à la Société et à l'Etat ;

2° Les rapports personnels qui ont le charme particulier d'être auss sûrs que sincères.

Enfin nous voulons que dans toute la France la F. D. N. représente bien l'Odontologie, qu'elle arrive à recruter toutes les bonnes volontés et toutes ces bonnes volontés, tout en nous apportant un concours utile, sauvegarderont leurs intérêts les plus chers et ceux de la profession.

Voilà les raisons qui ne sauraient que perpétuer le souvenir reconnaissant qui anime, sans exception, tous les cœurs vraiment odontologistes à l'égard du Groupement de l'E. D. P. et de la F. D. N.

Je bois à l'Odontologie, à l'Union sincère et cordiale de tous les odontologistes. *(Applaudissements).*

DISCOURS DE M. PAUL JEAN,

Au nom des élèves.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Après les discours éloquents que vous venez d'entendre vous allez certes trouver audacieux qu'un modeste élève ose prendre la parole. Mais, mes camarades et moi leur délégué nous ne voudrions pas laisser passer cette solennité sans exprimer publiquement toute notre gratitude à l'Ecole dentaire de Paris pour tout ce que nous lui devons ; elle qui nous considère si bien comme ses enfants, elle a tenu que nous assistions à ses noces d'argent.

Ce que nous voulons crier bien haut ici, ce qu'aucun de nos maîtres, en retraçant la marche ascensionnelle de l'Ecole n'a pu vous dire, ce que leur modestie leur a conseillé de vous taire, c'est le dévouement journalier dont ils nous entourent, ne marchandant ni leur temps, ni leur science.

Et cette science qu'ils nous donnent si généreusement n'est pas le legs d'anciens qui ne le donnent en dépôt que pour être transmis aux jeunes : elle est le résultat de leur longue pratique et de leur long labeur. Ce bien si durement acquis, ils n'ont eu de cesse que nous ne le possédions nous-même, nous ouvrant ainsi toutes grandes les portes de l'avenir.

C'est cela surtout que nous n'aurons garde d'oublier, c'est de cela que nous sommes surtout profondément reconnaissants à nos directeurs et à nos professeurs, et c'est pour cela qu'aujourd'hui, au nom des élèves, je porte un toast à l'Ecole dentaire de Paris, à ses fondateurs, à son directeur, à son corps enseignant et à tous ceux qui ont contribué ou contribuent à son développement. *(Applaudissements).*

TOAST DE M. THOMAS,

Président du Cercle Odontologique de France.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Le banquet confraternel auquel nous assistons ce soir a pour but de fêter les récentes réformes apportées aux études odontologiques françaises, ainsi que le trentenaire de la création de nos écoles et groupements professionnels ; le but de cette fête est donc très louable.

Le Cercle odontologique, qui vit le jour sous le nom de Cercle des D. E. D. P., ne pouvait rester insensible à l'invitation qui lui a été faite, car la majorité de ses membres ont grandi, professionnellement parlant, sur les bancs de l'institution instigatrice de cette fête et savent que, pour une large part, c'est à cette institution que nous devons l'auréole scientifique qui plane sur notre profession.

Je bois à la prospérité de nos divers groupements professionnels ainsi qu'à la grandeur et au prestige de l'Art dentaire français. *(Applaudissements).*

ALLOCUTION DE M. PAUL STRAUSS,

Président.

Mesdames, Messieurs,

Avant de lever la séance je dois être l'interprète de ceux d'entre vous qui, comme M. Doucedame, président de l'Union corporative

des étudiants, avaient formé le projet d'apporter leur témoignage de sympathie aux organisateurs de cette fête, à l'Ecole dentaire et aux Sociétés qui la composent.

Je dois aussi m'associer au nom de mes amis du Parlement à l'espoir que formait tout à l'heure notre ami Iriart d'Etchepare de voir le Gouvernement de la République récompenser plus largement, plus opportunément ceux d'entre vous qui sont parmi les plus méritants.

Je dois aussi d'un mot bref remercier nos invités étrangers qui par leur venue, par leurs témoignages de sympathie, par leurs paroles de courtoisie pour la France et le Gouvernement de la République, nous ont apporté ce soir la joie de leur présence et de leurs encouragements.

Je bois aux invités des provinces françaises représentés par M. Monnin et pour tout clore d'un mot, je bois à la Fédération dentaire nationale et à la Fédération dentaire internationale. *(Applaudissements.)*

POSE DE LA PLAQUE COMMÉMORATIVE

Rappelons que *le lundi* 24 *mai, matin,* ont eu lieu une visite de l'Ecole dentaire de Paris et la pose d'une plaque commémorative de la fondation du Groupement sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur, qui a prononcé les paroles que nous reproduisons ci-après.

M. Godon, directeur. — Nous avions inscrit au programme la visite de l'Ecole. M. le sénateur Strauss, qui a bien voulu présider notre banquet samedi, vient encore ce matin parmi nous. Il connaît déjà l'Ecole qu'il a visitée nombre de fois avec nous. Seulement le vice-président Lemerle sera heureux de montrer une des parties nouvelles de l'Ecole, notamment le Musée, aux membres de la province et de l'étranger, notamment M. le Dr Aguilar, qui en exprimait le désir tout à l'heure, qui sont ici. Il se tient à leur disposition pour cela.

Je laisserai tout à l'heure au président de la Société d'Odontologie le soin de remercier comme il convient M. le professeur Cavalié de l'excellente conférence qu'il a faite ce matin, et les différentes personnes qui ont fait des démonstrations. Pourtant je voudrais profiter de la présence de M. le sénateur Strauss pour dire devant lui que nous avons dû, tout à l'heure, interrompre brusquement la conférence de M. le professeur Cavalié sans qu'en ma qualité de directeur de l'Ecole j'aie eu le temps de le remercier de cette très brillante conférence. Je voulais le faire en votre présence et à cette occasion. *(Applaudissements.)*

DISCOURS DE M. LE SÉNATEUR PAUL STRAUSS

Mesdames, Messieurs,

M. le directeur de l'Ecole dentaire et le Conseil d'administration me comblent. Ils m'ont procuré avant-hier le plaisir de participer à la première partie des fêtes de la célébration du trentième anniversaire de cette Ecole. Aujourd'hui ils augmentent ma joie en me ramenant ici, dans ce quartier que j'ai représenté si longtemps au Conseil municipal de Paris.

Ils ont évoqué devant moi le souvenir des étapes que vous avez parcourues de la rue Richer à la rue Rochechouart, de la rue Rochechouart à la rue de La Tour-d'Auvergne.

Je suis très heureux, devant tous les élèves qui nous entourent, de féliciter les organisateurs, les fondateurs, les administrateurs de cette Ecole, qui ont constitué un magnifique instrument de travail professionnel. Je vous engage tous, mes chers élèves — permettez-moi de prendre le ton d'un président de distribution de prix puisqu'aussi bien on vient de me traiter en lauréat — je vous engage à profiter le mieux possible de l'enseignement modèle qui vous est donné ici.

Je me réjouis avec tous les amis de cette Ecole de ces fêtes qui suivant de près la promulgation des décrets célèbrent les efforts et les bienfaits de l'Ecole dentaire.

Je n'ai rien à ajouter à ce qu'a si bien dit le Dr Godon, si ce n'est à vous féliciter des progrès accomplis, du chemin parcouru. C'est pour moi un grand plaisir de constater les appréciations flatteuses que vous apportent de toutes parts vos confrères venus de Belgique, de Madrid, d'Amérique et de voir cette école en plein fonctionnement, en complet épanouissement pour le plus grand profit des malades et, comme je le disais, avant-hier, pour le plus grand profit de l'humanité. *(Applaudissements.)*

M. Godon donne lecture de l'allocution suivante. Il offre ensuite à M. le sénateur Strauss une plaquette commémorative.

ALLOCUTION DE M. GODON

Monsieur le Président,

Vous nous avez fait l'honneur de présider la première partie de notre fête du Trentenaire — le banquet — et vous avez bien voulu nous assurer encore une fois de votre bienveillance et de votre appui. Vous nous faites l'honneur aujourd'hui de présider une autre partie : la visite de l'Ecole, que vous connaissez déjà, mais à laquelle vous

tenez à témoigner votre intérêt — et la pose d'une plaque rappelant le souvenir de cette fête et mentionnant les noms des présidents des deux groupes — Ecole et Association — qui se sont succédé depuis 30 ans et qui évoquent ainsi tout notre passé.

Malgré le nombre et la diversité des locaux de notre vaste immeuble, le décret du 11 janvier dernier nous oblige à de nouvelles créations et de nouveaux agrandissements.

Ces créations et ces agrandissements vont nous imposer des charges, qui seront sans doute un peu lourdes pour nos ressources et qui nous mettront peut-être dans la nécessité de recourir encore à votre intervention près du Gouvernement.

Ce décret et ces transformations seront, nous avons tout lieu de l'espérer, le prélude d'une ère nouvelle de prospérité et de progrès scientifique et professionnel, qui ajoutera une belle page de plus à l'histoire de notre école et dont cette plaque rappellera le souvenir.

Vous êtes si intimement mêlé, M. le Président, à cette histoire, que je vous demande la permission, au nom de mes collègues du Conseil d'administration de vous offrir un souvenir de cette cérémonie, consistant en une médaille commémorative, en y ajoutant tous nos remerciements et l'expression de notre gratitude pour cette nouvelle marque de bienveillance et de sympathie à l'égard de notre institution. *(Applaudissements.)*

TÉLÉGRAMMES ÉTRANGERS

DONT IL A ÉTÉ DONNÉ LECTURE AU BANQUET.

« Munich. — La Société centrale allemande des chirurgiens-dentistes et l'Union des professeurs d'Universités envoient à leurs confrères français réunis leurs cordiales salutations et les félicitent de leurs succès. — Prof. Dr Walkhoff, président. »

« Liège. — Cercle dentaire liégeois s'associe de tout cœur à la manifestation de ce soir. Il félicite les confrères français des magnifiques résultats obtenus et pousse un triple hourra en leur honneur.— O Cerf, président. »

« Bruxelles. — Retenus par devoirs professionnels, regrettons ne pouvoir être des vôtres. Les membres de l'Association générale des dentistes de Belgique sont de cœur avec vous et nous vous félicitons du brillant succès obtenu grâce à votre volonté. — Quaterman, président. »

« Bordeaux. — Retenu en route par retard des trains, n'arriverai que demain matin. Acceptez salutations chaleureuses de Société

odontologique espagnole et de son représentant qui comptait se trouver parmi vous en cette occasion solennelle. — Aguilar. »

« Helsingfors. — Meilleures félicitations des dentistes finlandais. — Ayräpää. »

« Christiania. — Meilleurs remerciements pour invitation à fête. Exprimons sentiments les plus cordiaux à confrères réunis. — Smith Housken, président de la Société des chirurgiens-dentistes norvégiens ; Rygge, secrétaire. »

« Saint-Pétersbourg. — Regrette beaucoup ne pas pouvoir féliciter personnellement le Président, tous les membres du Comité de patronage et toute l'Association des dentistes de France au 30e anniversaire. Envoie meilleurs vœux félicite de tout cœur. — Stanislas Totiven. »

« Stockholm. — A l'occasion du trentenaire de l'enseignement dentaire et des premières sociétés dentaires en France, la Société dentaire suédoise et le Comité national présentent aux confrères français leurs félicitations confraternelles et leurs meilleurs souhaits pour les progrès de l'art dentaire français. — Förberg. »

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Association Française pour l'Avancement des Sciences.

Congrès de Lille.

SECTION D'ODONTOLOGIE

Lille, 5 juin.

Le samedi 5 juin 1909 a eu lieu à Lille la deuxième réunion du Comité local de propagande de la Section d'Odontologie. Le Comité, après avoir discuté l'organisation de la section, s'est réuni en un dîner amical présidé par M. Richard, secrétaire général de la Préfecture du Nord, assisté de M. le Dr Siffre, président de la Section d'Odondologie de l'A. F. A. S., des représentants de la presse lilloise et des confrères de la région.

Ce dîner, organisé par M. Brun, le sympathique et dévoué président du Comité local, fut très réussi. M. Siffre prit la parole au dessert pour remercier ceux qui avaient bien voulu répondre à l'invitation du Comité local. Il félicite M. Richard d'avoir consenti à présider cette fête familiale et profite de l'occasion qui s'offrait pour expliquer au représentant des Pouvoirs publics l'œuvre entreprise par l'A. F. A. S. et les beaux résultats qu'elle a obtenus depuis sa fondation. M. Siffre démontre la vitalité de la Section d'Odontologie dont les adhérents augmentent sensiblement chaque année et dont les travaux ont contribué à propager par toute la France les principes bienfaisants de l'hygiène buccale.

M. le secrétaire général de la Préfecture répondit qu'il était très heureux de présider ce dîner, où il voyait les dentistes les plus estimés de la région réunis dans le but de travailler au progrès et au développement d'un art dont les grandes collectivités, qui sont toute la nation, écoles, armée, administrations publiques, bénéficieront de plus en plus. Il termina en levant son verre au succès de la Section d'Odontologie et l'assurant de tout son concours pour le mois d'août.

M. Brun remercia M. Richard de ses bonnes paroles et assura la Section d'Odontologie de l'entier dévouement du Comité local.

De nouvelles adhésions furent recueillies par M. Barden, secrétaire de la Section ; le succès de celle-ci s'affirme de plus en plus,

grâce au dévouement de nos confrères lillois, en particulier de MM. Bettmann et Tondeur, qui se sont chargés de la tâche difficile de l'organisation matérielle du Congrès (réceptions, expositions, démonstrations pratiques, etc.).

Bruxelles, 6 juin.

Le lendemain 6 juin MM. Siffre et Barden se rendirent à Bruxelles où ils furent reçus par la *Société Belge d'Odontologie* qui très aimablement avait bien voulu reporter au dimanche sa réunion du samedi. M. Quintin, président de la Société, présenta les représentants de de l'A. F. A. S., à ses confrères et leur souhaita une cordiale bienvenue. M. Siffre exposa ce qu'est l'A. F. A. S., la place qu'y occupe la Section d'Odontologie et le but purement scientifique qu'elle poursuit. Il engagea les confrères belges à venir travailler sous l'égide de cette Association, qui s'honore de compter chaque année parmi ses membres les savants les plus distingués, représentant l'élite intellectuelle de toutes les nations.

M. Rosenthal, président de la F. D. N. B., prit alors la parole pour assurer MM. Siffre et Barden de tous les sentiments d'estime que les Belges nourrissent à l'endroit de leurs confrères français. Il s'engagea à faire tous ses efforts pour aider au succès de la Section et offrit le concours de la F. D. N. B. qui, pour la circonstance, serait heureuse de constituer en quelque sorte le *Comité belge de propagande du Congrès de Lille.*

M. Siffre remercia M. Rosenthal, et, sur la proposition de M. Quintin, M. Rosenthal lui fut adjoint comme représentant des confrères belges.

Comme à Lille, M. Barden recueillit un certain nombre d'adhésions.

A l'issue de la séance de la S. B. O., MM. Siffre et Barden se rendirent chez M. Quatermann, président de l'*Association générale des dentistes de Belgique* pour l'inviter lui et les membres de l'Association à nous faire l'honneur d'être des nôtres à Lille. M. Quatermann absent répondit immédiatement à son retour en assurant le président de la Section d'Odontologie de sa participation et de celle de ses collègues de l'Association générale des dentistes de Belgique.

*
* *

En somme agréable et bonne besogne, grâce au cordial accueil de nos confrères belge et lillois.

Le secrétaire de la Section d'Odontologie,
A. Barden.

Ve CONGRÈS DENTAIRE INTERNATIONAL

BERLIN (23 AU 28 AOUT 1909).

Agence de voyages de la Hamburg-Amerika Linie.

Berlin W. 64, Unter den Linden 8.

Adresse télégraphique : « Hapag », Berlin.

Monsieur,

Nous avons l'honneur de présenter aux membres du Ve Congrès international une liste des hôtels comportant les prix exacts des chambres à un où à deux lits. Ces prix comprennent le premier déjeuner du matin. (Café ou thé avec pain et beurre.)

Les membres du Congrès qui désireraient retenir leur chambre par notre intermédiaire sont priés de remplir aussi exactement que possible le Bulletin ci-joint et de nous l'envoyer jusqu'au 20 août, accompagné d'un acompte de 10 M. (12 fr. 50) par personne. Nous annoncerons immédiatement leur arrivée à l'hôtel choisi, et leur communiquerons aussi vite que possible que le logement en question leur est réservé.

Nous recommandons aux congressistes de désigner plusieurs hôtels, car il peut facilement arriver que, lors de la commande, l'hôtel indiqué soit déjà au complet et nous serions dès lors obligés de leur demander quel serait l'autre hôtel qui pourrait leur convenir.

Les demandes qui nous parviendraient sans être accompagnées de la somme de 10 M. (12 fr. 50), ou après le 20 août, ne pourraient être prises en considération.

Dans le cas où la personne ayant commandé une chambre serait empêchée de se rendre au Congrès de Berlin,elle perdrait les 10 M. versés qui reviennent de droit à l'hôtel ; par contre l'hôtel n'aurait rien de plus à exiger de cette personne.

Lors du paiement de la facture de l'hôtel les 10 M. préalablement versés seront déduits. Il sera en tous cas supposé que le voyageur qui a commandé une chambre la gardera pendant toute la durée du Congrès. Nous prions les congressistes qui voudront bien se servir de notre formule d'y indiquer exactement toute exception à cette règle.

LISTE DES HOTELS

Le petit déjeuner (café ou thé avec pain et beurre) est compris dans les prix.

NOMS ET ADRESSES des hôtels par ordre alphabétique	CHAMBRES A 1 LIT			CHAMBRES A 2 LITS			Chambres à prix modéré à	
	Ier étage Mks	IIe étage Mks	IIIe étage Mks	Ier étage Mks	IIe étage Mks	IIIe étage Mks	1 lit Mks	2 lits Mks
Hôtel Adlon, Unter den Linden 1	à partir de 14,—	à partir de 11,50	à partir de 11,50	à partir de 20,—	à partir de 20,—	à partir de 18,—	7,50	15,—
Alexandra Hotel, Mittelstr. 16/17	6,50	6,—	5,50	13,—	12,—	11,—	à partir de 4,—	à partir de 8,—
Beyer's Hotel, Schadowstr. la	4,50	4,50	4,—	10,—	9,—	8,—	—	—
Hotel Bristol, Unter den Linden 5/6	10 — 12	9 — 10	8 — 10	17 — 26	16 — 25	15 — 22	7,—	12,—
Carlton-Hotel, Unter den Linden 32	8,—	7,—	6,50	12 — 15	11 — 14	10 — 12	5,50	10—12
Central-Hotel, Georgenstr. 25/27	8 — 15	7 — 12	6 — 10	20 — 35	16 — 25	14 — 20	—	—
Hotel Excelsior, Königgrätzerstr. 112/13	8,—	7,—	6,—	14,—	12,—	10,—	5,—	9,—
Hotel Der Fürstenhof, Potsdamer Platz	8,—	7,—	6,—	18,—	17,—	16,—	5,—	14,—
Hotel Der Kaiserhof, Mohrenstr. 1/5	9,50	9,50	9,50	17,—	17,—	17,—	7,—	13,—
Hotel Kronprinz, Louisenstr. 30	6,—	5,50	4,50	11,—	10,—	9,—	4,—	8,—
Hotel Prinz Albrecht, Prinz Albrechtstr. 9	5 — 6	5—5,50	4,50	12,—	10,—	9,—	4,—	8,—
Hotel de Rome, Unter den Linden 39	8,50	8,80	7,50	18,—	15,—	13,—	6,50	12,—
Hotel Stuttgarter Hof, Anhaltstr. 12	5,—	4,50	3,50 à 4,50	10,—	9,—	8,—	3,50	7,—
Hotel Weisses Haus, Krausenstr. 1	6,25	6,—	5,50	12,50	12,—	11,50	4,75	9,50

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

UN CABINET DENTAIRE EST-IL UN FONDS DE COMMERCE ?

Un confrère de province nous pose la question suivante, que nous croyons d'un intérêt général, aussi nous empressons-nous d'en publier la réponse :

D. — Un cabinet dentaire est-il un « fonds de commerce » ou bien l'exercice de l'art dentaire est-il une profession libérale ?

Ceci pour savoir si la loi récemment parue (19 mars 1909) qui traite des cessions de fonds de commerce est applicable à la cession d'un cabinet dentaire.

Au cas où un cabinet est cédé payable partie comptant et le reste à terme, le vendeur peut-il prendre un nantissement sur le cabinet pour se garantir les paiements à terme ?

R.— Celui qui exerce l'art dentaire exerce une profession libérale comme l'avocat ou le médecin. Mais l'achat ou la cession d'un cabinet dentaire, de la clientèle y attachée, du droit au bail, du matériel qui sert à l'exploitation du cabinet, *constitue un acte de commerce* portant sur un ensemble de droits ou d'objets dont la réunion constitue un véritable fonds comme est, en droit, un véritable fonds, le cabinet d'un agent d'affaires.

Cela étant, il n'est pas douteux que le vendeur d'un cabinet dentaire peut profiter des dispositions de la loi nouvelle de mars 1909, de même qu'il est tenu de se soumettre aux obligations résultant de cette loi.

Il n'y a pas, bien entendu de jurisprudence à citer de ce chef, en raison de la date récente de la loi nouvelle.

On ajoutera que, alors même que l'on contesterait le caractère commercial du cabinet dentaire parce que ce cabinet serait dirigé par une personne exerçant un art, une profession libérale (ce qui, à nos yeux, cependant n'est pas susceptible de contestation) il serait de la plus suprême imprudence de ne pas se soumettre aux dispositions de la loi de 1909.

F. J.

NOUVELLES

Ecole dentaire de Lyon.

Nous apprenons avec le plus grand plaisir que le Conseil municipal de Lyon a accordé à l'Ecole et Dispensaire dentaires de Lyon, dans sa séance du 1er juin courant, une subvention qui sera complétée par des bourses.

Tous nos confrères de l'Association générale des dentistes de France se réjouiront avec nous de cette bonne nouvelle, dont nous félicitons vivement le directeur et les administrateurs de cette école.

Nomination.

Nous sommes informés que la Société Odontologique du Chili a conféré, sur la proposition de son secrétaire, le titre de membre honoraire à notre directeur.

Erratum.

C'est par suite d'une erreur typographique que le nom de *M. Lannois* a été imprimé dans notre numéro du 15 mai parmi les adhérents à la fête du Trentenaire ; il faut lire M. LAUNOIS.

Services dentaires scolaires.

Les questions d'hygiène dentaire scolaire sont à l'ordre du jour et préoccupent beaucoup nos confrères de l'étranger. C'est ainsi que nous avons reçu de M. Fisk, secrétaire de la Société des dentistes scolaires d'Angleterre, une demande de renseignements sur l'état actuel des services dentaires scolaires en France, renseignements que la Société se propose d'insérer dans une brochure consacrée à cette organisation dans les divers pays.

Nous avons reçu de même du Conseil d'inscription et d'examen dentaires de l'Etat de New-Jersey (Etats-Unis) un questionnaire sur le même sujet, dont les réponses doivent être insérées dans une communication à une Association médicale nationale américaine.

Nous avons fourni à nos confrères les renseignements désirés.

Supplément de L'ODONTOLOGIE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

STAGE PRÉPARATOIRE AUX ÉTUDES DENTAIRES

Le décret du 11 janvier 1909 a décidé que les candidats au diplôme de chirurgien-dentiste devront faire d'abord un stage de deux ans avant de commencer leur scolarité et que ce stage pourra se faire dans une Ecole dentaire constituée conformément au décret du 31 décembre 1894.

Le stage se constate au moyen d'inscriptions.

Nul ne peut se faire inscrire comme stagiaire s'il n'a 16 ans accomplis et s'il ne produit soit le diplôme de bachelier, soit le brevet supérieur de l'enseignement primaire, soit le certificat d'études primaires supérieures, soit le diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles. Mais pendant deux ans encore le certificat d'études secondaires permettra à titre de disposition transitoire l'inscription au stage jusqu'en novembre 1911.

Les inscriptions de stage sont reçues au secrétariat de la Faculté ou de l'Ecole de médecine.

L'inscription pour la deuxième année est renouvelée en juillet, sur la production d'un certificat de présence délivré par le doyen de la Faculté, ou le directeur de l'Ecole dentaire.

Toute période de stage qui n'a pas été constatée régulièrement est considérée comme nulle.

Le stagiaire qui justifie de deux années régulières de stage subit un examen de validation devant un jury nommé par le recteur et composé de deux docteurs en médecine exerçant l'art dentaire ou chirurgiens-dentistes et d'un professeur ou d'un agrégé d'une Faculté de médecine, président.

Les sessions d'examen ont lieu en juillet et en novembre de chaque année dans les Facultés ou Ecoles de médecine.

En se faisant inscrire pour l'examen, les candidats déposent leurs certificats de stage.

L'Ecole dentaire de Paris, reconnue d'utilité publique et dont le Dispensaire est assimilé aux Dispensaires de l'Administration générale de l'Assistance publique, constituée conformément au décret du 31 décembre 1894, est qualifiée pour recevoir des stagiaires. De

Tableau de l'Enseignement de l'Ecole Dentaire de Paris

Programme résumé des Cours théoriques et pratiques des deux années de stage *(d'après le décret du 11 janvier 1909).*

	TRAVAUX PRATIQUES [1] **De 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2 du matin.**	TRAVAUX PRATIQUES [1] **De 2 heures à 5 heures de l'après-midi.**	COURS THÉORIQUES [1] **De 5 à 6 h. et de 6 à 7 h. du soir.**
1re Année de stage.	Travaux pratiques de : Physique............ } Appliqués à l'Art dentaire. Chimie.............. Mécanique.......... Métallurgie......... Démonstrations et manipulations pratiques. Travaux pratiques préparatoires à la prothèse dessins, modelages, etc., etc.).	Travaux pratiques de prothèse au laboratoire : 1° Dessins. Modelages (argile, etc., etc.). Sculpture sur bois ou ivoire. Moulages (plâtre, terre). Surmoulages et contre-moulages. 2° Travaux sur métaux forgés (acier, zinc, étain, etc.). Travaux sur modèles { *a.* Matières plastiques. *b.* Métaux. 3° Travaux sur modèles { *a.* Métal et matières plastiques combinées. *b.* Dents à gencives (blocs).	Physique appliquée. Chimie » Mécanique et métallurgie. Prothèse dentaire. Éléments d'anatomie dentaire (morphologie des dents).
2e Année de stage.	Travaux pratiques de : Physique............ } Appliqués à l'Art dentaire. Chimie.............. Mécanique.......... Métallurgie......... Démonstrations et manipulations pratiques. Travaux pratiques : D'anatomie dentaire (dessins et dissection des dents). De dentisterie opératoire (modelages et opérations sur fantôme). D'anatomie pratique (dissection sur le chien). De prothèse au laboratoire.	Travaux pratiques de prothèse au laboratoire: 1° Travaux sur modèles : métal et matières plastiques combinées, dents à tubes. 2° Dents à gencives séparées, montage de dentiers sur articulateurs physiologiques, couronnes, dents à tenon. 3° Attelles mécaniques, appareils à pont, appareils d'orthodontie, appareils de prothèse restauratrice et simple.	Physique appliquée. Chimie » Mécanique et métallurgie. Prothèse dentaire. Éléments de dentisterie opératoire. Éléments d'anatomie générale (ostéologie et myologie).
Observations :	1. Les travaux pratiques, d'une durée de 3 heures, ont lieu une fois par semaine pour la physique et la chimie pour chaque série de 15 élèves à tour de rôle ; 5 fois par semaine pour la mécanique, la métallurgie et la prothèse, excepté pour la 2e année de stage, où, pendant le 1er et le 2e trimestre, trois jours par semaine sont consacrés aux travaux pratiques d'anatomie dentaire et de dentisterie opératoire pendant le 1er trimestre, et aux travaux pratiques d'anatomie (dissection du chien) pendant le 2e trimestre. Les élèves de 1re année de scolarité qui n'auront pas fait leur stage à l'Ecole dentaire de Paris devront exécuter les travaux pratiques d'anatomie dentaire et de dentisterie opératoire sur fantôme avant d'être admis au dispensaire à soigner des malades.	1. Ces travaux pratiques ont lieu tous les jours de 2 heures à 5 heures pour tous les stagiaires au laboratoire de prothèse.	1. Ces cours théoriques ont lieu le soir de 5 h. à 6 h. et de 6 h. à 7 h., trois fois par semaine, les trois autres jours étant laissés libres pour permettre aux stagiaires la rédaction des cours et la préparation des interrogations.

plus, elle a organisé l'enseignement théorique et pratique du stage imposé par l'arrêté ministériel du 11 janvier 1909, qui fixe le programme de l'examen de validation du stage comme corollaire du décret du même jour, et elle sera en mesure de recevoir des stagiaires dès la rentée d'octobre prochain.

Les cours commenceront le 1er lundi d'octobre 1909.

L'enseignement comprend des cours théoriques et des travaux pratiques ; il est exposé dans le tableau ci-contre ; il prépare à l'examen de validation.

Le montant des droits est de 500 francs par an pour les stagiaires participant à tous les cours et travaux pratiques et de 300 francs pour ceux ne suivant que les cours théoriques et les travaux pratiques de physique et de chimie.

Pour inscription et pour tous renseignements s'adresser au secrétariat, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

29e ANNÉE. N° 12 30 JUIN 1909 VOL. XLI

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie est une TRIBUNE LIBRE, où toutes les opinions peuvent se produire ; les signataires gardent l'entière responsabilité de leurs appréciations.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES SUPPURATIONS DU SINUS MAXILLAIRE

Par MM.
L. FREY, Professeur
G. LEMERLE, Professeur suppléant
A l'École dentaire de Paris.

(Suite[1].)

B. *Signes de probabilité.* — 1° SIGNE DE FRÆNKEL. — En pratiquant la rhinoscopie antérieure, on constate la présence de pus sur le dos du cornet inférieur, et à l'aide d'un stylet chargé d'ouate on essuie ce pus. On prie ensuite le malade de pencher très fortement la tête en avant pendant quelques minutes et l'on se livre à un nouvel examen. Si une nouvelle traînée de pus est observée sur le cornet inférieur, il y a des probabilités pour qu'il provienne du sinus maxillaire. C'est qu'en effet l'orifice du sinus frontal et celui des cellules ethmoïdales antérieures sont normalement placés à la partie la plus déclive de ces cavités, tandis que l'orifice du sinus maxillaire est situé près de sa paroi supérieure. En faisant renverser la tête en avant, les rapports changent, et c'est le sinus maxillaire, dont l'orifice est à ce moment le plus déclive, qui peut le mieux déverser son pus dans la fosse nasale. Si la tête est droite, au contraire, le

1. V. *L'Odontologie* du 15 juin

pus qui s'écoule provient alors du sinus frontal ou des cellules ethmoïdales. On a intérêt à chercher ce symptôme le matin au réveil, lorsque le sinus est rempli de pus.

2° EXAMEN DU SINUS EN CHAMBRE NOIRE. — Lorsqu'une petite lampe électrique est placée dans la bouche, à l'état normal, les lèvres et les arcades dentaires sont vivement éclairées en rouge, et au-dessus de la région malaire, qui reste sombre, apparaît un croissant lumineux[1].

Si le sinus est rempli de pus ou comblé de fongosités, la région maxillaire reste opaque et le croissant sous-orbitaire n'est plus visible (signe de Héryng)[2].

En outre, la pupille est obscure du côté malade par opposition à la teinte rosée de la pupille du côté sain (signe de Vohsen-Davidsohn); il y a abolition unilatérale de la sensation lumineuse (signe de Garel); enfin, la paroi nasale du méat inférieur correspondant au sinus lésé n'est pas translucide (signe de Robertson)[3].

Mais l'épaisseur des parois osseuses du sinus est très variable, et l'on peut constater parfois de l'opacité sinusale ou simplement une épaisseur anormale des parois, sans qu'il y ait trace de suppuration.

Enfin, les kystes radiculaires et les collections suppurées d'origine dentaire, évolués entre le plancher osseux du sinus et la muqueuse qui le tapisse, peuvent également donner de l'opacité à l'éclairage.

Il en est de même pour toutes les tumeurs du sinus, notamment pour le cancer, dont certains symptômes pourraient en imposer également pour une sinusite.

Si en un point la paroi du sinus est épaissie par une zone d'ostéite hypertrophiante alvéolaire d'origine dentaire, l'éclairage décèlera la présence d'une zone sombre verticale bordée de deux zones claires.

---

1. GÉRARD-MARCHANT, art. *Nez, fosses nasales, pharynx nasal et sinus, in* Traité de Chir., de DUPLAY et RECLUS, t. IV, 1898.

2. HÉRYNG, *L'Eclairage électrique de l'antre d'Highmore dans le cas d'empyème* (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, janvier 1890).

3. BIGNAT, *Contribution à l'étude de l'origine bucco-dentaire des sinusites maxillaires*, Thèse de Paris, 1906.

C. *Signes de certitude.* — 1° PONCTION EXPLORATRICE. — Moritz Schmidt conseille d'aborder le sinus au niveau du méat inférieur avec une seringue de Pravaz ayant une aiguille courbe suffisamment résistante.

Mais ce mode d'exploration ne nous donne pas encore une certitude absolue. Les causes d'erreurs sont les suivantes :

La ponction est positive, mais il est possible que le pus ait été recueilli dans un kyste suppuré ou un abcès dentaire voisins.

La ponction est négative, mais il est possible que le pus n'ait pas été retiré parce que le sinus vient de se vider, ou parce que la tuméfaction de la muqueuse est considérable et l'aiguille trop courte, ou encore parce que le sinus est cloisonné.

2° CATHÉTÉRISME DU SINUS A L'AIDE D'UN STYLET CHARGÉ D'OUATE. — L'examen donne la certitude lorsqu'on ramène du pus.

Mais c'est là une manœuvre extrêmement difficile et qui n'est jamais utilisée pratiquement.

« La cathétérisme du sinus par l'ostium est, en effet, pour ainsi dire, impossible ; on ne le réussit guère que s'il existe, au sinus maxillaire, un orifice accessoire dans les fosses nasales[1]. »

3° LAVAGE EXPLORATEUR. — C'est le procédé couramment employé aujourd'hui et qui constitue un des meilleurs signes de sinusite.

Il consiste à ponctionner, à l'aide d'un trocart, la paroi interne du sinus au niveau du méat inférieur et à y injecter un liquide aseptique, de l'eau bouillie, par exemple. On constate ensuite si cette eau est ou non chargée de pus, soit qu'on l'aspire après l'avoir injectée, soit qu'on la recueille simplement lorsqu'elle s'écoule hors du nez en refluant par l'orifice naturel du sinus.

Lorsqu'une dent a été extraite pour une cause quelconque,

---

1. SEBILEAU, *L'Opération de Lemorier-Desault, autrefois et aujourd'hui* (*Odont*, 15 nov. 1905, p. 409).

il est plus simple de ponctionner le sinus au niveau de l'alvéole déshabité.

Dans certains cas, Amoëdo [1] conseille, la dent infectante étant en place, d'injecter de l'eau oxygénée par le canal radiculaire lorsqu'on le suppose en communication avec la cavité sinusale. D'après cet auteur, l'eau oxygénée, en présence du pus dans la cavité sinusale, donne lieu à un dégagement mousseux facile à constater en faisant moucher le malade. L'oreille pourrait également percevoir le bruit particulier produit par la formation de cette mousse.

Diagnostic du degré des lésions. — Quelques auteurs ont cherché les moyens de diagnostiquer la présence et d'évaluer l'intensité de la dégénérescence fongueuse et myxomateuse de la muqueuse sinusale, car c'est là la lésion commune des suppurations prolongées des sinus, et sa présence doit faire rejeter le diagnostic de simple empyème d'origine exogène.

1° *Recherche de la capacité du sinus.* — Mahu [2] base sa méthode sur ce fait que la présence de fongosités dans le sinus entraîne une diminution appréciable de sa capacité. Pour pratiquer cette évaluation, il faut nettoyer par un lavage l'intérieur de l'antre, et y injecter ensuite, par le méat inférieur, au moyen d'une seringue de Roux, une certaine quantité de liquide, que l'on aspire ensuite. D'après Mahu, « quelle que soit la capacité du sinus à l'état sain, on peut conclure à l'existence d'une sinusite maxillaire chronique toutes les fois que la quantité de liquide aspiré sera inférieure à un centimètre cube et demi ». Dans les cas où la muqueuse n'a subi aucune dégénérescence fongueuse le volume du liquide retiré est beaucoup plus grand, voisin de deux centimètres cubes ou supérieur à cette quantité. Mais l'inconstance même des dispositions anatomiques du sinus s'élève contre la précision mathématique de cette manœuvre (Bignat). « La capacité variable du sinus, la hauteur un peu

1. Amoëdo, *Les Sinusites maxillaires.* Cong. dent. nat., Ajaccio, 1901.
2. Mahu, *Un signe diagnostique de la sinusite maxillaire (Annales des mal. de l'or., du larynx, du nez,* fév. 1903*).*

différente de l'ostium et son degré variable de perméabilité, l'impossibilité de pratiquer toujours à la même hauteur la ponction diaméatique de soutirage, ce qui laisse au-dessous du trocart un bas-fond de cubage inappréciable, enfin la fuite qui se produit entre ce trocart et les bords de l'orifice de perforation, fuite dont l'importance dépend de l'état anatomique et des altérations de la paroi ; tout cela explique qu'en fait le « signe de Mahu » est un signe trompeur sur lequel il n'y a pas à compter. Nous l'avons plusieurs fois mis en pratique et s'il est vrai qu'il ne nous soit jamais arrivé de ne pas trouver de fongosités au-dessous d'un jaugeage d'un centimètre cube et demi, il nous est, en revanche, arrivé d'en trouver alors que le jaugeage s'élevait au-dessus de cette mesure[1] ».

2° *Diaphanoscopie après lavage du sinus.* — Guisez et Guérin ont mis en valeur un autre symptôme qui permettrait de soupçonner l'existence de lésions myxomateuses au cours d'une suppuration prolongée du sinus maxillaire[2]. Cette méthode est basée sur ce fait qu'en pratiquant la diaphanoscopie après un abondant lavage du sinus on constate une obscurité persistante si la muqueuse est épaissie ou chargée de fongosités.

Lorsque la muqueuse est saine, on doit voir au contraire la transparence réapparaître.

Mais ce signe n'a qu'une valeur très relative, car une simple congestion passagère de la muqueuse sinusale peut provoquer de l'opacité aussi bien qu'une abondante dégénérescence fongueuse.

On doit donc conclure de ces recherches qu'il est presque impossible, en présence d'une suppuration ancienne du sinus maxillaire, d'évaluer l'étendue des lésions de la muqueuse.

Diagnostic étiologique. — Après avoir écarté les suppurations du sinus relativement rares, causées par la tuber-

---

1. SEBILEAU, *loco cit.*, pp. 418-419.
2. GUISEZ et GUÉRIN, *Note sur un signe diagnostique de la sinusite maxillaire chronique* (*Ann. des mal. de l'or., du nez et du larynx*, juin 1903, p. 539).

culose, l'actinomycose, le cancer ou une lésion traumatique, on peut diviser les suppurations communes en deux grandes classes : les suppurations d'origine nasale et les suppurations d'origine dentaire. Mais en fait, il est extrêmement difficile de diagnostiquer avec précision cette origine. Souvent des malades paraissant avoir une sinusite d'origine nasale présentent des lésions dentaires si avancées qu'il est impossible d'écarter avec certitude leur rôle possible dans l'infection du sinus. On ne pourra donc affirmer l'origine purement nasale d'une sinusite que lorsqu'un examen minutieux aura démontré l'intégrité du système dentaire du maxillaire correspondant. Pour cela, il faudra dépister l'existence d'une des lésions dentaires suivantes :

1° *Caries au 4e degré.* — Le diagnostic en est facile.

2° *Racines de séquestres alvéolaires inclus sous la gencive.* — Parfois, des débris radiculaires, reliquats d'une extraction ou d'une carie au 4e degré, demeurent inclus dans la fibro-muqueuse gingivale et entretiennent des fistules qui peuvent, dans certains cas, s'ouvrir non seulement dans le vestibule de la bouche mais aussi dans le sinus. Il importe donc, en présence d'un maxillaire partiellement édenté, d'examiner avec soin la gencive. Une palpation attentive pourra déceler un point douloureux et faire sentir un petit corps étranger sous la muqueuse. Souvent, en interrogeant tous les points de la muqueuse avec un stylet, on pourra découvrir une fistulette passée inaperçue, et conduisant sur le débris radiculaire, ou le petit séquestre alvéolaire, origine de la suppuration.

3° *Dents obturées.* — S'il s'agit d'une ancienne carie au 4e degré, autrefois traitée, il faudra mettre à jour la chambre pulpaire et s'assurer que les canaux radiculaires correctement obturés ne présentent aucun signe d'infection. S'il y a doute, en présence d'une dent obturée, sur le degré de la carie pour laquelle elle a été soignée, il faut en pratiquer la trépanation exploratrice afin d'être renseigné sur la vitalité de la pulpe. On observe en effet des cas de mortification pulpaire au niveau de dents vivantes ancien-

nement obturées, et cet accident peut être une cause d'infection pour le sinus sus-jacent.

4° *Dents indemnes de carie.* — Il faudra s'assurer qu'aucune des dents d'apparence saine correspondant au sinus malade ne présente de mortification pulpaire.

a) DIAPHANOSCOPIE DENTAIRE. — On pratique l'éclairage successif de chaque dent à l'aide d'une lampe électrique intra-buccale. Lorsqu'une dent est nettement opaque, on est presque certainement en présence d'un cas de gangrène pulpaire spontanée. Mais la diaphanoscopie n'a de valeur que lorsqu'elle est positive car une dent à pulpe gangrénée peut présenter parfois la même translucidité que ses voisines saines.

b) RECHERCHE DE LA SENSIBILITÉ THERMIQUE. — On dirige sur la dent un jet de chlorure d'éthyle ou on la touche avec une pointe de galvanocautère portée au rouge sombre. Mais ce signe manque de précision car la sensibilité est très variable suivant le degré de calcification des dents et, par conséquent, suivant l'âge des individus examinés.

c) TRÉPANATION EXPLORATRICE. — On la pratique à l'aide d'un foret au niveau de la face triturante de la dent douteuse. On obtient ainsi des renseignements précis sur la sensibilité dentaire et, par conséquent, sur la vitalité pulpaire. Si la dent est vivante, on pratique immédiatement l'obturation du petit « puits explorateur » que l'on vient de creuser [1].

5° *Polyarthrite alvéolo-dentaire.* — C'est une arthrite suppurée évoluant du collet vers l'apex, qui entraîne la destruction progressive des parois alvéolaires. Dans certains cas, à la faveur de dispositions anatomiques spéciales, l'ostéite peut gagner aux environs de l'apex le plancher même du sinus, et permettre à la suppuration articulaire d'infecter la muqueuse sinusale.

Il importe d'examiner avec soin toutes les articulations alvéolo-dentaires, et, en cas de polyarthrite, il est néces-

1. SAUVEZ, *Sur le diagnostic de l'origine dentaire dans les sinusites* (*Odontologie*, 15 juin 1905, p. 581).

saire d'explorer tous les clapiers gingivaux, afin de s'assurer qu'aucun d'eux ne possède de rapports avec le plancher du sinus.

On voit donc que, seules, les dents atteintes de carie perforante infectée ou de mortification pulpaire peuvent être l'origine de suppurations sinusales. Plus rarement la polyarthrite doit être incriminée.

Enfin, les caries du 2e et du 3e degré ne devront naturellement pas être mises en question, puisque la présence d'une pulpe vivante indique que l'infection n'a pu emprunter la voie des canaux radiculaires.

Cet examen dentaire, pour être complet, présente souvent des difficultés. « Les causes d'erreur sont multiples : il faut songer aux caries silencieuses, qui envahissent la dentine à l'abri de l'émail, ne présentant qu'une minime perforation invisible à la simple inspection ; il faut penser aux caries dont l'orifice est dissimulé sous la gencive ou sous une couche de tartre, aux caries dissimulées au niveau du collet et cachées par des bourgeons gingivaux, à celles surtout qui s'étendent dans un espace proximal, inaccessibles à l'œil, difficilement accessibles à la sonde, invisibles au miroir » (Sauvez).

Enfin, si, malgré l'examen le plus minutieux, on n'a rien pu trouver du côté de la région gingivo-dentaire, on pourra penser, mais alors seulement, à une sinusite d'origine nasale. Cette origine est d'autant plus probable qu'elle a été immédiatement précédée d'une grippe, d'un coryza, ou d'une affection quelconque de la muqueuse nasale [1].

On voit combien il est difficile de préciser l'origine d'une sinusite maxillaire, quoique cette notion présente un très grand intérêt au sujet des indications thérapeutiques, ainsi que nous le verrons plus loin.

(A suivre.)

---

1. Bignat, *Contribution à l'origine bucco-dentaire des sinusites maxillaires*, Thèse de Paris, 1906. — Capdepont, *Contribution à l'étude de l'empyème du sinus maxillaire*, Thèse de Paris, 1894.

RAPPORTS DE L'ARTHRITISME ET DES AFFECTIONS DENTAIRES

Par E. C. Kirk,

Doyen de la Faculté dentaire de l'Université de Pensylvanie.

(Suite et fin.)

Ce qu'on constate chez les Hindous touchant l'effet d'un régime alimentaire peu azoté et fortement carbohydraté est un exemple intéressant.

Tous les dentistes américains et européens exerçant aux Indes, signalent la prédominance de la pyorrhée alvéolaire chez les Indiens et les Européens. H. B. Osborn, de Rangoon (Birmanie), m'écrivait de Chittagony en décembre 1908 : « Quand on pense que la bouche de tout indigène et presque de tout Européen, aux Indes, est à peu près dans le même état, c'est-à-dire est atteinte de pyorrhée, on désire en savoir davantage. Je pense pouvoir dire qu'on m'a enseigné à l'école, la curabilité de la pyorrhée. Eh bien je voudrais voir un cas guéri aux Indes. Je suis d'avis que le traitement local n'a qu'un effet temporaire léger et que le traitement général est une chose que j'ignore. » Les Hindous sont presque complètement végétariens. Récemment, la question de leur régime alimentaire, avec ses effets sur leur état et leur développement physique, a donné lieu à une enquête gouvernementale. Le professeur Mac Cay a présenté au Gouvernement indien un rapport publié dans la *Nature* du 12 novembre 1908. Il constate que, si les Bengalais gardent leur équilibre azoté avec leur alimentation végétale, la faible absorption d'azote a une action délétère, réduit la protéine du sang et tend à amener des dégénérescences, surtout dans les reins. Ils ne sont pas seulement incapables physiquement, comparativement aux Européens, mais ils s'épuisent aussi plus facilement, leur pression sanguine est au-dessous de la normale et ils deviennent facilement la proie des maladies. M. Mac Cay envisage la probabilité de la formation de produits dangereux de décomposition avec la grande consommation de graisse et de carbohydrate rendue nécessaire par un régime alimentaire peu azoté (auto-intoxication). Remarquant la prédominance du diabète sous sa forme maligne chez les Bengalais, il l'attribue à l'excès de carbohydrate dans leur alimentation, et conclut que cela prouve que les maux provenant de cette cause peuvent être plus réels que ceux attribués à un excès de protéine dans le régime alimentaire. Le sauvage Africain est généralement carnivore, et, si les blancs vivent bien portants sous les tropiques, il est probable que l'absorption de protéine dans

leur alimentation n'est pas changée radicalement pour s'adapter aux conditions climatériques.

Les observations qui précèdent touchant les relations de la mauvaise alimentation sur l'infection alvéolaire ont déjà été faites par d'autres auteurs, et la concomitance du diabète sucré et de la pyorrhée a été signalée par Rhein, dans la communication citée. Dans mes communications, je me suis efforcé de rattacher l'alimentation impropre à l'état de mauvaise nutrition qui précède l'infection alvéolaire ou autres changements dans les tissus ou les organes, notamment le rein, suivant le cas. Le facteur diabète est frappant et important. Comme je l'ai montré dans plusieurs communications, un état favorisant le diabète sucré se rencontre souvent comme trouble fonctionnel avant qu'on observe toute lésion de tissu ou du moins avant que la glycosurie soit manifeste. Ce trouble fonctionnel est le diabète phosphaté de Ralfe et Tessier et correspond à cette phase de l'athritisme décrite par Pascault, dans laquelle l'impression cellulaire héréditaire d'une activité métabolique très accentuée produit tout le stimulant d'un excès de *pabulum vitæ*, une augmentation marquée de tous les produits résiduaires, et qui dans le diabète phosphaté se manifeste comme une perte de phosphate anormale par l'urine avec des symptômes correspondants de troubles nutritifs généraux. J'ai décrit ailleurs en détail le mécanisme de cette perte. La glycosurie diabétique se produit à une phase ultérieure de l'arthritisme et la prédisposition des diabétiques à l'invasion bactérienne a été remarquée en général et soigneusement notée. Rhein a constaté la pyorrhée si prédominante et si caractérisée chez les diabétiques qu'il a proposé pour le désordre alvéolaire dans ces cas une désignation distinctive. M. William Martin Richards, de New-York, écrit dans le *Journal de l'Association médicale américaine* du 23 janvier 1909 : « J'ai été frappé de la coïncidence de la pyorrhée alvéolaire et la présence du sucre et de l'albumine dans les urines et de la disparition de ces symptômes, quand les dents sont guéries. Je réunis 200 cas de pyorrhée avec examen d'urine avant et après la guérison de la pyorrhée. Je vais prier les praticiens qui s'intéressent à la question de m'envoyer les résultats qu'ils ont trouvés, c'est-à-dire de me dire combien de patients ont la pyorrhée quand ils ont du sucre et de l'albumine dans l'urine. »

En procédant à cette enquête, il serait de la plus haute importance de déterminer dans quelle mesure l'état de la bouche et celui des reins sont influencés alternativement par le traitement de leur état morbide. La communication de M. Richards semble impliquer que dans le cas qu'il examinait la guérison de la pyorrhée amena une guérison des troubles rénaux. En l'absence d'indications positives, cela semble douteux pour des raisons qu'on verra plus tard.

La prédisposition des diabétiques à l'invasion bactérienne est connue depuis longtemps. Récemment il a été fait des études scientifiques de l'altération du mécanisme défensif des diabétiques, de sorte que nous possédons beaucoup de données pratiques touchant le degré d'augmentation de la prédisposition que les diabétiques manifestent à l'égard des organismes producteurs de pus comparativement à la résistance de l'individu normal. Dans des recherches faites par MM. J. C. Da Costa et E. J. G. Beardsley, publiées dans le *Journal Américain des sciences médicales* de septembre 1908 il est prouvé par une moyenne de 50 cas de diabète sucré que l'indice opsonique varie considérablement quant au streptocoque, au staphylocoque et au bacille de la tuberculose, les trois organismes employés dans les expériences. L'index moyen de tous les cas pour chacun était le suivant : staphylocoque 0,65 ; streptocoque 0,56 ; bacille tuberculeux 0,73. L'indice était ainsi seulement un peu supérieur à la moitié de la normale pour les bactéries ordinaires formant du pus et il était à peine des trois quarts de la normale pour le bacille tuberculeux. Il est regrettable que pour notre but la réaction opsonique au pneumocoque n'ait pas été essayée, cet organisme étant si fréquemment présent dans l'invasion des tissus alvéolaires.

Je signale les travaux de Da Costa et de Beardsley pour insister sur ce fait que dans le diabète sucré la résistance à l'invasion bactérienne de la variété produisant le pus descend beaucoup au-dessous du chiffre normal, fait qui, joint aux indications que j'ai fournies pour montrer la prédominance de la pyorrhée chez les diabétiques et la prédominance du diabète sucré parmi ceux du type arthritique due à une alimentation défectueuse et à une suralimentation prolongée, a une grande importance. Il sert à montrer que le phénomène de l'invasion bactérienne est à un certain degré déterminé par l'étendue de la résistance intérieure des tissus et des fluides de l'organisme et, comme la résistance est amoindrie par l'état de nutrition anormal qualifié d'arthritisme, l'invasion de bactéries amenant la maladie a non seulement plus de chance de se produire dans le premier cas, mais elle a des chances de devenir plus grave et plus étendue quand elle se produit.

L'observation suivante confirme mon affirmation. Le 21 janvier dernier M. J. E. me fut amené pour une consultation par son dentiste qui me fournit les indications ci-après :

M. J. E., 38 ans, marié, s'est présenté chez moi le 7 janvier avec l'incisive centrale inférieure gauche et l'incisive latérale douloureuse. Je songeai à un abcès, celle-ci étant plus douloureuse que celle-là. Je forai avec la pensée de trouver une pulpe morte, mais je la trouvai vivante et en bon état. Je conseillai au patient de se nettoyer la bou-

che, de prendre un bain de pied à la moutarde, de la quinine et de se mettre au lit.

Le lendemain il revint, souffrant beaucoup, mais l'incisive centrale était plus douloureuse que la latérale. Pensant avoir foré à tort l'incisive latérale, je forai la centrale, mais la pulpe était saine. Le lendemain son médecin fut appelé ; il prescrivit un tonique et traita également pour la névralgie, sans soulagement pour le patient.

Le 11 janvier je fus mandé de nouveau et trouvai le patient beaucoup plus mal : les deux dents affectées branlaient ; les gencives étaient enflées devant et derrière, je les incisai en dedans et en dehors, mais il ne vint que peu de pus. Cela soulagea le patient pour peu de temps. Le 12 il me demanda de lui extraire ces deux dents. J'avulsai l'incisive centrale, mais sans beaucoup de soulagement. Le lendemain j'enlevai l'incisive latérale. Les autres dents ne semblaient pas atteintes. Deux jours plus tard cependant les deux incisives droites étaient dans le même état que les dents extraites. Dans l'intervalle la douleur devint si intense parfois que le médecin eut recours à des injections hypodermiques de morphine. J'enlevai les incisives restantes sans soulagement. Quelques jours plus tard les dents inférieures restantes étaient exactement dans le même état que celles que j'avais enlevées. La partie inférieure de la face était enflée depuis le troisième jour du malaise.

Telle était l'observation jusqu'au 21 janvier, date à laquelle le médecin m'amena le patient.

A l'examen j'observai une enflure considérable des tissus recouvrant l'extérieur du corps du maxillaire ; le patient ouvrait difficilement la bouche. Autour du bord alvéolaire de la mâchoire le tissu gingival était enflé par suite d'une accumulation de pus et toutes les dents restantes branlaient dans les alvéoles, mais étaient saines. Près du bord interne du maxillaire entre la dernière molaire et le ramus il y avait du pus et avant de le faire évacuer je chargeai un des bactériologistes du laboratoire de l'Université de Pensylvanie de prendre des cultures du contenu. Cela fut fait avec toutes les précautions contre la contamination par les bactéries de la cavité buccale. La poche abcédée fut évacuée et lavée avec des solutions antiseptiques et une solution d'argyrol à 10 o/o, injectée dans le trajet de l'abcès qui s'étendait de l'alvéole de l'incisive latérale à la 3[e] molaire.

J'examinai la santé générale du patient et j'appris par sa femme que pendant plusieurs années il avait eu du sucre dans son urine et qu'il avait été traité pour cela plusieurs fois. Le chimiste qui avait fait les analyses d'urine me dit que ses analyses avaient porté sur une période de 4 ou 5 ans et donné de 1 à 1 1/2 o/o de sucre, de l'albumine. Je demandai donc l'entrée immédiate du patient à l'hôpital pour que son diabète fût traité et pour que le mal local fût soigné.

Il y entra au bout de peu de temps, fut placé entre les mains d'un médecin et d'un chirurgien, mais, malgré les soins donnés, son état s'aggrava rapidement et il mourut le 7 février, 31 jours après le commencement de l'infection alvéolaire.

L'urine de ce malade présente le type du diabète sucré, avec sucre, acétone et acide diacétique. Pendant les dix jours de séjour à l'hôpital la quantité de sucre varia de 1 à 5 0/0. Les 27 et 28 janvier une trace seulement. Le 1er février, 5 0/0 ; le 2, une trace, puis 1 0/0, plus tard 3,75 0/0, ensuite 3,5 0/0 la veille de la mort et 3 0/0 le jour de la mort.

Le chirurgien m'a dit qu'il y avait une fluctuation marquée dans l'écoulement du pus de la région enflammée vers la mâchoire correspondant aux variations du sucre de l'urine.

Voici le résultat de l'examen du pus :

Caractère : jaune, crémeux, absence d'odeur désagréable des petites masses caséeuses.

Examen microscopique : aspect du pus trouvé dans les suppurations aiguës. Streptocoques, pneumocoques, autres microcoques semblables aux coques pyogènes, longs spirochètes effilés. Pas de bacilles tuberculeux.

Cultures faites sur l'Agar et sur le sérum sanguin. Isolement de pneumocoques, streptocoques pyogènes, bacille mésentérique (sans importance).

L'indice opsonique ne fut pas relevé, parce que le diabète sucré amène un abaissement de cet indice ; c'est là un fait établi.

Nous avons là une infection par les bactéries ordinaires de la bouche par les tissus alvéolaires sur un terrain dont la résistance à l'invasion était affaiblie par une maladie constitutionnelle — le diabète — qui doit être considérée comme rentrant dans les maladies de mauvaise nutrition. Il faut en conclure que sans cet amoindrissement de résistance l'invasion aurait été superficielle ou ne se serait pas produite.

Si elle avait été superficielle et avait présenté les traits cliniques qu'elle avait quand elle fut observée tout d'abord par le médecin, on aurait vite diagnostiqué une simple pyorrhée alvéolaire. Mais telle qu'elle était, l'infection de tout le périoste maxillaire s'ensuivit, la pyorrhée dégénéra en nécrose de la mâchoire et se termina fatalement.

Avec les éléments à notre disposition touchant les rapports constitutionnels de ces affections alvéolaires il serait imprudent de continuer à les ignorer et de regarder la pyorrhée comme un désordre local guérissable par un traitement local.

REVUE ANALYTIQUE

Obturation des canaux. — Traitement et obturation des canaux. — Respiration buccale. De son influence sur le développement de l'arcade dentaire et des mâchoires. — La pâte « Tannin-Traumaticine » comme pansement permanent dans la pulpectomie coronaire. — L'anesthésie régionale du maxillaire supérieur. — La pigmentation de la muqueuse buccale.

Obturation des canaux.

Dans cet article l'auteur conseille dans les cas de canaux très rétrécis de boucher le plus loin possible avec une pâte composée, parties égales, d'oxyde de zinc, de thymol et de créosote, ou de thymol, glycérine, silicate d'alumine, et de ne pas toucher aux canaux lorsque leur orifice pulpaire est complètement calcifié. Ceci, bien entendu, ne s'applique pas aux sujets jeunes dont les apex sont larges.

Dans les cas de perforation de racines il conseille de glisser une pâte à base d'iodoforme, toujours bien tolérée par les tissus environnants.

Dans les cas de canaux irréguliers on se contentera de momifier les débris pulpaires; finalement, après avoir passé en revue les différentes matières obturatrices, l'auteur borne son choix à trois dont les défauts sont indiqués ci-dessous :

1° Osteo, bonne matière mais difficile à enlever ;

2° Shellac, assez difficile à appliquer; mais lorsque l'obturation est faite avec soin, c'est une matière excellente, facile à enlever et assez soluble dans les dissolvants ordinaires ;

3° Composition à modeler, facile à introduire et à retirer mais ne s'adapte pas aussi bien que le shellac aux parois du canal.

(*Dental Record*, oct. 1908.)

H. L.

Traitement et obturation des canaux.

Dans les dents dont les pulpes ont été enlevées soit chirurgicalement, soit par un agent dévitalisateur et où il n'y a pas de conditions aseptiques, l'auteur conseille le traitement suivant :

Mettre la digue et nettoyer la dent et les dents voisines avec de l'alcool ou de l'éther, enlever la carie molle, renettoyer la cavité avec une solution de 1/500 de sublimé. Pendant l'extirpation de la pulpe, tous les tire-nerfs et les instruments seront stérilisés. En cas de canaux très étroits tels que les canaux de racine buccale de molaire supérieure, de racine mésiale de molaire inférieure, on agrandira suivant la méthode de Gallahan au moyen d'une solution à 40/100 d'acide sulfurique introduite dans le canal jusqu'à l'apex si possible et neutralisée ensuite. Il faudra se servir d'équarissoirs rendus mousses pour que la pointe ne butte pas dans le canal. Quelquefois il sera bon de laisser l'acide 24 ou 48 heures, tout en évitant qu'il se produise aucune pression sur le pansement, ce qui amènerait de la périodontite.

Dans les dents infectées on devra, avant toute opération, laver largement la cavité à l'eau oxygénée, puis neutraliser et traiter suivant la méthode de Buckley, on procédera alors à l'obturation des canaux. Les conditions à remplir par une matière idéale pour obturer les canaux seraient qu'elle puisse fermer hermétiquement le canal et le protéger contre toute infection ultérieure soit par voie coronaire, soit par voie apicale. Cette matière ne devrait pas se désagréger et devrait pouvoir rester antiseptique, de plus, pouvoir être enlevée facilement. Jusqu'à présent les cônes de gutta et la chloropercha semblent être ce qu'il y a de mieux. L'auteur nettoie d'abord les canaux avec de l'alcool, puis sèche et introduit cette chloropercha mélangée avec un peu d'aristol, enfin un cône de gutta approprié. D'après diverses expériences sur un tube en verre tiré suivant la forme d'une racine palatine de molaire supérieure il a fallu pour sécher, dans le cas où cette racine était remplie d'alcool, au moins cinquante insufflations de poire à air chaud; dans le cas où la racine contenait de l'eau, cent insufflations donnaient peu de résultats, et avec des instruments spéciaux, en métal, les résultats furent nuls ; on a pu arriver à un résultat en séchant avec du coton porté sur des équarissoirs de Dawney ou de Care ou encore mieux, lorsque c'était possible avec les pointes absorbantes de Johnson and Johson, dont on se sert ordinairement pour porter des médicaments dans les canaux. Inglis se sert d'une solution de chloropercha contenant du paraforme, du thymol et de l'eucalyptol, le tout avec des pointes de gutta. Il prétend, de cette manière combattre la réduction de volume observée dans la chlorogutta après évaporation du chloroforme. Pour porter les cônes de gutta dans les canaux les précelles spéciales de S. S. White sont d'une grande commodité.

(*Dental Summary*, déc. 1908.)

H. L.

Respiration buccale. Son influence sur le développement de l'arcade dentaire et des mâchoires.

Cette forme anormale de respiration est principalement due à une obstruction nasale, généralement un catarrhe inflammatoire aigu, déterminant un gonflement, suivi de surproduction du mucus, de transsudation de sérum du sang, de la rupture de l'épithélium et émigration des leucocytes. Cette respiration commence généralement au deuxième ou troisième mois après la naissance. S'il n'est pas institué de traitement à ce moment, une inflammation catarrhale chronique se développera d'où hypertrophie des cornets, du naso-pharynx et des amygdales. Cet état quoique existant chez des adultes se trouve ordinairement chez les enfants de cinq à quinze ans, pendant le développement des dents permanentes d'où son importance.

Dans la respiration buccale la bouche est plus ou moins ouverte et le développement normal de l'arcade supérieure est retardé. Si il n'y a pas de traitement il y aura un changement dans l'action mécanique des muscles qui garderont la bouche ouverte jour et nuit pour que le patient puisse respirer plus librement. Le maxillaire inférieur sera alors attiré en bas et distalement par les muscles sous-mentonniers.

De toutes les formes de malocclusion, *l'open bite* (subocclusion) est la plus difficile à soigner. La bouche étant toujours ouverte, cette position tôt ou tard influera sur l'action des muscles abaisseurs du maxillaire. Ces muscles : peaucier du cou, digastrique, mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien gardent la bouche ouverte pendant que le segment antérieur du temporal, le masséter et ptérygoïdien interne agissent comme antagonistes. L'action anormale de ces muscles influera en changeant le développement du maxillaire. Le maxillaire inférieur ne pourra donc acquérir sa forme en angle droit et restera un angle obtus lors de l'éruption des dents. Les dents postérieures articuleront donc seules.

Les dents inférieures étant distales à la normale, l'arcade supérieure étroite avec les dents antérieures en protrusion légère et reposant même sur la lèvre inférieure, l'expansion de l'arcade supérieure et la réduction de la protrusion des dents supérieures suffisantes pour les faire articuler mésio-distalement, avec celles du maxillaire inférieur, et si le patient veut bien projeter le maxillaire inférieur en avant, un rapport correct des dents et une grande amélioration du contour de la face seront obtenus.

Il paraîtrait que malgré tous les moyens de rétension possible ce traitement ne donnerait de bons résultats que lorsqu'il est entrepris sur des patients n'ayant pas atteint leur complet développement au point de vue dentaire. Chaque traitement entrepris avant cet âge aurait été couronné de succès à l'encontre des essais négatifs faits sur des sujets trop âgés.

En dehors des variations de développement du maxillaire il faut aussi considérer un changement dans la cavité glénoïde. Lors de la naissance les cavités glénoïdes n'existent pas, le condyle reposant seulement sur une légère dépression. A deux ans on trouve un petit sommet osseux se formant sur la face postérieure ou os tympanal, entre six et huit cette dépression devient une cavité peu profonde dont les bords sont en pente et qui se moule peu à peu au-dessus et autour du condyle du maxillaire. Si, à ce moment, la mâchoire est portée distalement par un changement de l'articulation, les condyles reposeront sur la face postérieure de la cavité glénoïde. Par absence de traitement les ligaments se conformeront à cette articulation anormale et conséquemment les dents articuleront distalement, d'où destruction du contour facial. A douze ou quinze ans le développement du procès alvéolaire est presque fini, la cavité glénoïde est complètement développée, les ligaments sont très résistants, ainsi que les muscles. On peut donc en conclure que pour obtenir de bons résultats le traitement devra être fait tant que la cavité glénoïde est malléable et que les muscles et les ligaments peuvent encore céder.

N. B. — L'auteur ne semble tenir aucun compte du développement du bourgeon frontal, qui est cause des cas de subocclusion avec maxillaire supérieur normal (articulation en demi-cercle).

(*Dental Review*, décembre 1908.)

H. L.

La pâte « Tannin-Traumaticine » comme pansement permanent dans la pulpectomie coronaire.

M. Barden a publié il y a trois ans un travail que nous avons analysé ici même (V. *Odontologie*, 30 nov. 1906, p. 467) dans lequel il signalait les bons résultats qu'il obtenait dans le traitement du troisième degré des molaires par la pratique de la pulpectomie coronaire.

Depuis, M. Barden a apporté une modification dans la façon dont il obture la chambre pulpaire. Voici comment il recommande de procéder :

La pulpectomie étant effectuée, la dessiccation parfaite de la dent étant obtenue, on verse, sur une tablette en verre, deux ou trois gouttes d'une traumaticine (chloropercha) de consistance sirupeuse, puis par malaxation on incorpore dans ce liquide du tannin en poudre. On fait une pâte molle et très homogène grâce à une énergique trituration. Au fur et à mesure de l'évaporation du chloroforme, cette pâte, abandonnée à l'air sur la tablette de verre, durcit de plus en plus. On choisit, pour l'introduire dans la chambre pulpaire, le moment précis où elle contient juste assez de chloroforme pour être encore aisément malléable, ce qui s'apprend très vite par l'habitude. On place cette pâte dans la chambre pulpaire et on la tasse avec la plus grande facilité à l'aide de fouloirs lisses. On sèche et l'on obture à la gutta-percha. La gutta et la traumaticine adhérant parfaitement entre elles, il en résulte une obturation absolument hermétique.

Quand, huit ou quinze jours après l'opération, on enlève l'obturation provisoire, on trouve la chambre pulpaire oblitérée par un bloc assez dur, se débitant à la curette en minces lamelles, sans tendance à l'effritement, ce qui est le défaut de toutes les autres pâtes qui, une fois sèches, ne sont qu'une sorte de sable aggloméré dont les molécules se désagrègent dès qu'elles ne sont plus soumises à la pression. Comme il est nécessaire que la chambre pulpaire soit entièrement obturée à l'aide de la pâte, et, qu'en raison de la grande ressemblance qu'affectent entre elles, une fois durcies, la gutta-percha et la traumaticine, il arrive que la curette enlève une partie de l'obturation camérale, on satisfait à l'indication en même temps qu'on remédie à l'inconvénient en obturant la cavité cariée à l'aide de gutta-percha rouge. Il est alors facile de s'arrêter, lors de la désobturation, quand on arrive à la substance blanc-grisâtre que représente le tannin-traumaticine.

(A. Barden, *Revue générale de l'Art dentaire*, novembre 1908.)

L'anesthésie régionale du maxillaire supérieur.

L'anesthésie régionale du massif maxillaire supérieur est susceptible d'applications multiples, non seulement en rhinologie, mais aussi dans les diverses opérations qui se pratiquent sur la face en chirurgie générale. Elle peut en outre être utilisée avec avantage en chirurgie dentaire dans toute une série d'interventions sur la mâchoire supérieure.

Le principe de l'anesthésie régionale repose sur la constatation

que la cocaïne n'agit pas seulement sur les terminaisons périphériques des nerfs sensitifs, mais aussi sur le tronc nerveux lui-même, si bien qu'en portant une dose minime d'alcaloïde sur le trajet d'un nerf centripète, on insensibilise tout le territoire sous-jacent au foyer de l'action cocaïnique : c'est comme si, à ce niveau, on sectionnait temporairement le nerf.

Pour impressionner le nerf maxillaire supérieur à son émergence par le trou grand rond, on a le choix entre la voie buccale et la voie cutanée. L'auteur donne la préférence à cette dernière, qui semble réunir différents avantages, notamment ceux d'assurer de meilleures conditions d'asepsie et d'utiliser des repères d'une précision rigoureuse.

Le lieu d'élection pour l'injection se trouve sur le bord inférieur de l'arcade zygomatique, à l'intersection de ce bord avec la verticale qui prolonge inférieurement le bord postérieur, toujours nettement perceptible, de l'apophyse orbitaire externe de l'os malaire.

Après désinfection du territoire cutané, on insensibilise la peau superficiellement. On enfonce ensuite l'aiguille montée sur la seringue, perpendiculairement à la région ; puis, aussitôt qu'on a traversé les téguments, on incline la pointe en haut et en dedans, en visant le plan qu'affleure l'extrémité inférieure des os propres du nez. A cinq centimètres de profondeur, on rencontre le nerf maxillaire supérieur, à son émergence du trou grand rond, au plafond de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Après le retrait de l'aiguille, il s'écoule parfois quelques gouttes de sang. La piqûre ne laisse pas de cicatrice.

En principe, on cocaïne au fur et à mesure le trajet que suit l'aiguille ; cependant, quand la peau a été préalablement insensibilisée, on peut avancer assez rapidement jusqu'à quatre centimètres de profondeur, les organes traversés (masséter, temporal, boule graisseuse de Bichat), n'ayant qu'une sensibilité atténuée.

Dans le cinquième et dernier centimètre du trajet, il ne faut progresser que très lentement « l'anesthésie à la main ». Car, à ce niveau, la région devient très sensible, en raison des nombreux filets nerveux qui la parcourent.

En général, il suffit de 2 ou 3 centimètres cubes de solution pour obtenir l'anesthésie recherchée ; rarement on en injectera plus de 4. Lorsque la pointe de l'aiguille se trouve au bon endroit et que néanmoins l'analgésie tarde à se produire, il est inutile de pousser de nouvelles quantités de liquide ; il faut savoir attendre. Habituellement, au bout d'un laps de temps variant de dix à vingt minutes, l'anesthésie est suffisante pour que l'on puisse commencer l'opération. Souvent, elle s'annonce par des fourmillements ou une sensation d'enflure ou d'engourdissement au niveau de l'aile du nez ou de l'arcade dentaire supérieure. Elle persiste environ une heure et demie, après quoi la fonction nerveuse se rétablit progressivement.

Les écueils que l'on peut rencontrer au cours de l'injection s'évitent aisément si l'on donne une bonne orientation à l'aiguille. Lorsqu'on butte sur un plan osseux à 2 centimètres de profondeur, c'est l'apophyse

coronoïde du maxillaire inférieur que l'on rencontre ; un peu plus loin c'est l'apophyse ptérygoïde du sphénoïde ; il suffit alors d'incliner l'aiguille en avant pour rectifier sa position.

Lorsqu'on se dirige trop en avant, on pénètre dans l'orbite par la fente sphéno-maxillaire ; on s'en aperçoit à ce que l'aiguille chemine jusqu'à 6 centimètres de profondeur avant d'être arrêtée par un plan osseux.

La solution à employer est la solution au centième, avec ou sans adjonction d'adrénaline.

(Munch, *Archives de Stomatologie*, avril 1909.)

La pigmentation de la muqueuse buccale.

Tout le monde sait la fréquence de la pigmentation de la muqueuse buccale dans la maladie d'Addison, et la grande valeur diagnostique qu'on lui accorde, quand il s'agit de différencier cette maladie des autres affections qui peuvent donner lieu à de la pigmentation de la peau.

On ne doit pourtant pas attacher à cette pigmentation de la muqueuse buccale une valeur absolument pathognomonique, puisque il existe des observations incontestables, de mélanodermie buccale, dans la malaria, la pellagre, la tuberculose pulmonaire, la cachexie cancéreuse, la maladie des vagabonds, la sclérodermie.

Bien plus, on a montré récemment que la pigmentation de la muqueuse buccale peut exister chez certains sujets en dehors de tout état pathologique, notamment chez certains Roumains, chez beaucoup de Tziganes, chez les Bohémiens adultes.

Cette pigmentation, dont la couleur varie du jaune foncé au noir intense, occupe toute la muqueuse buccale ; mais, tranchant sur le fond coloré, il existe très fréquemment des taches pigmentaires sur les gencives et la muqueuse des joues, rarement sur la langue et le voile du palais.

Cette pigmentation de la face interne des joues est particulièrement caractéristique et forme d'ordinaire une bande correspondant à la zone qui s'applique sur les dents.

Chez les Bulgares, on observe de même, assez souvent, des taches pigmentaires sur les lèvres et sur les gencives mais, jamais sur les parties plus profondes de la cavité buccale.

Dans les quelques cas où elle a pu être faite, l'autopsie n'a pas révélé d'altération macroscopique des capsules surrénales, et il faut plutôt rattacher les mélanodermies buccales physiologiques de l'homme et des animaux, à un trouble de fonctionnement du grand sympathique.

(G. Barré, *Presse Médicale,* 1er mai 1909.)

NOTES PRATIQUES

Sous cette rubrique nous publions sans aucune critique, à titre de simple renseignement, les notes et procédés divers qui nous sont communiqués par nos correspondants ou que nous glanons dans la littérature professionnelle.

Adhérence du ciment à l'émail. — Quelquefois quand la surface de l'émail près du bord gingival devient sensible, le meilleur moyen de diminuer cette sensibilité c'est de couler du ciment dessus et de l'y laisser jusqu'à ce qu'il soit usé. Pour que le ciment adhère à la surface unie de l'émail, répandre un peu de liquide du ciment sur la zone sensible et l'y laisser quelques minutes avant d'adapter le ciment. *(Brit. Dent. J.)*

Cavités pour lesquelles les inlays d'or sont indiqués. — Les grandes cavités des dents des enfants ; les dents attaquées par la gingivite interstitielle chronique ou la pyorrhée ; les dents des sujets très nerveux, ou des sujets dont les muscles ou les mâchoires sont atteints de trismus ; les cavités inaccessibles ; l'accessibilité doit être le guide dans beaucoup de cavités pour se décider entre l'obturation à l'or en feuille ou l'inlay ; les cavités dont les parois sont trop faibles pour supporter l'action du maillet nécessaire pour l'or en feuille ; celles qui ne sont pas assez avancées pour nécessiter des couronnes. Cela comprend beaucoup de dents qu'il aurait été nécessaire de couronner les années précédentes, mais qui, entre les mains de praticiens habiles peuvent rendre les services pendant des années et avec un milieu beaucoup plus sain que si elles avaient été couronnées ; les cavités voisines d'un bridge sur lesquelles il est impossible de mettre la digue. *(Dent. Surg.)*

Moyen d'empêcher le mélange du caoutchouc rouge et du caoutchouc rose. — Pour empêcher le caoutchouc rouge de couler dans le rose après investissement de la pièce dans la cire dans le plâtre, ne faire l'investissement qu'au bord de la pièce et alors quand on tasse le caoutchouc rouge, le tasser où c'est nécessaire et le couvrir de caoutchouc rouge et le rose ne coulera pas. *(Dent. Reg.)*

Empreinte pour inlay d'or. — Supposons une cavité proximale dans une bicuspide et une molaire voisine. On prend une empreinte en courbant un morceau de métal à angles droits et l'on y met le composé à modeler, on le presse, puis on l'enlève de la cavité, on verse de l'eau glacée, on enlève ce qui déborde, on laisse 1 mm. sans être en contact avec le bord et l'on remet dans la cavité. Cela entrera comme un inlay. Placer un coin proximalement et en pressant sur la surface proximale verser de l'eau chaude très lentement jusqu'à ce qu'il cède sous la

pression, puis replacer. Après l'avoir enlevé on a une empreinte aussi exacte qu'un inlay peut l'être sans incertitude sur la distorsion des bords. *(Dent. Rev.)*

Mélange anesthésique de Reynès. — Dans les cas où l'anesthésie générale peut susciter des inquiétudes, ou peut être dangereuse par suite de lésions cardiaques, rénales, ou broncho-pulmonaires, quand elle doit être particulièrement longue, ou doit être faite chez des sujets âgés ou débilités, M. Reynès (de Marseille) conseille le mélange anesthésique suivant, dans lequel les inconvénients respectifs de l'éther et du chloroforme sont atténués, où, en outre, l'alcool joue le rôle d'un stimulant du cœur et du système nerveux, et prévient la syncope.

Chloroforme......	2 parties.
Alcool absolu.....	āā 1 partie.
Ether............	

(Rev. int. de médecine et de chirurgie.)

Combinaison de gutta et de ciment pour la pose des couronnes. — Placer la gutta sur la couronne ou dedans, suivant le cas, et, pendant qu'elle est molle, mettre la couronne en place ; puis, après enlèvement de la couronne et de la gutta, on enduit la racine de ciment mou et l'on replace la couronne en laissant le ciment couvrir la racine et en cimentant la gutta-percha à celle-ci. *(Dom. Dent. J.)*

Calmant pour dentine hypersensible. — Mélanger des cristaux de cocaïne sur une plaque de verre avec une goutte ou deux d'huile de trèfle ou de cassia pour former une pâte. Appliquer la digue, sécher la cavité avec du papier buvard et de l'alcool. Plonger une boulette de papier dans la cavité, l'y laisser quelque temps, excaver avec des excavateurs à pointe de cuiller. Répéter l'application au besoin. *(Dent. Summary.)*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 avril 1909.

La Société d'Odontologie a tenu sa séance mensuelle, sous la présidence de M. Barrié, président, le 6 avril 1909, à neuf heures, à l'Ecole dentaire de Paris.

Les procès-verbaux des séances de décembre et de janvier sont adoptés à l'unanimité.

Il est donné lecture d'une lettre de M. Siffre, président de la Section d'Odontologie du Congrès de l'A. F. A. S. (Lille 1909) priant la Société de vouloir bien nommer un certain nombre de délégués, qui feront partie de la Commission d'organisation de ce Congrès.

I. — L'ÉTAT ACTUEL DE LA RADIOGRAPHIE EN CHIRURGIE DENTAIRE, PAR M. AUBOURG.

M. Aubourg donne connaissance de son travail qui a été publié (V. *Odontologie,* 15 mai 1909).

DISCUSSION.

M. Roy. — Si j'ai bien compris, les nouveaux appareils dont vient de nous entretenir M. Aubourg permettront d'obtenir des radiographies isolées, ne comportant que la partie qu'on se propose d'examiner. Un des grands obstacles de la radiographie dans les régions de la face, pour les molaires par exemple, c'est la superposition des plans. Cette superposition des plans a été bien souvent une difficulté pour l'utilisation de la radiographie.

J'ai eu à faire radiographier des malades. Or les radiographies qui m'ont été données avaient le grave défaut de présenter en superposition l'image du côté opposé, si bien qu'il me fallait étudier la radiographie assez à fond pour pouvoir reconnaître les lésions qui m'intéressaient plus particulièrement.

Avec les appareils qui viennent de nous être présentés, on paraît éviter cet inconvénient. C'est un résultat très intéressant.

M. Aubourg. — Je vous rappelle que les épreuves des radiographies sont en général moins bonnes que les clichés. L'idéal c'est de voir un cliché directement, on distingue les détails bien mieux que sur les épreuves.

M. Roy. — Cela est intéressant à noter. J'ai eu l'occasion de faire faire une radiographie pour un malade qui avait une dent incluse dans

le palais. Or d'après l'épreuve il a été impossible de voir la direction de la racine.

M. Aubourg. — Y a-t-il longtemps que vous l'avez fait faire ?

M. Roy. — Il y a trois ans.

M. Aubourg. — Il y a trois ans, il était difficile d'obtenir de bonnes radiographies du crâne, le temps de pose était beaucoup trop long.

A cette époque il était rare que je réussisse une radiographie dentaire lorsque je plaçais une plaque dans la bouche.

Depuis six mois on arrive à obtenir des radiographies très rapides.

M. le président. — M. Aubourg nous a offert de nous faire une démonstration de son appareil. Puisque nous allons avoir une séance de démonstrations prochainement, nous serons reconnaissants à M. Aubourg de vouloir bien nous faire cette démonstration. En attendant je le remercie et le félicite, en votre nom à tous, de sa brillante communication.

II. — Nouveaux daviers, dits daviers élévateurs, par M. V. Bernard (de Senlis).

M. Bernard donne lecture de sa communication. Il soumet ensuite à la Société ses différents modèles de daviers.

Discussion.

M. Roy. — Les instruments que vient de nous présenter notre confrère M. Bernard, sont évidemment des instruments très intéressants, seulement il y aurait une sélection à faire parce qu'il y a des modèles très anciens et d'autres un peu plus récents qui évidemment présentent, au point de vue de l'exécution, des qualités meilleures.

Je dois dire toutefois qu'à mon avis ces instruments présentent un petit inconvénient : c'est la complication de leur mécanisme. Cela nuira un peu au *desideratum* qui nous fait rechercher des instruments faciles à nettoyer, aussi faciles que possible à aseptiser. La petite complication de mécanisme très ingénieux imaginé par M. Bernard, s'oppose un peu, à mon avis, au nettoyage et au démontage facile de ces instruments. C'est là un petit inconvénient que je lui signale.

Quant à la technique particulière de l'extraction, il est naturellement très difficile de se prononcer sans avoir vu l'instrument en mains. On doit avoir probablement une assez grande force. Pour les extractions de racines un peu fragiles, je crois que l'instrument de M. Bernard serait d'application difficile, puisqu'il est basé en grande partie sur la résistance de la dent. C'est surtout la dent qui doit faire résistance et qui, de ce fait, doit se trouver chassée de son alvéole par a pression exercée sur le davier. Or c'est là une chose qui présente

des inconvénients dès qu'on a une racine un peu fragile. Dans un pareil cas on doit s'efforcer d'exercer le minimum de pression sur les parois de la dent.

Avec les daviers de M. Bernard, je crois qu'on est obligé d'exercer une pression sur la dent et je crois que cette pression doit être préjudiciable dans un grand nombre de cas ; cela dit, naturellement, sous toutes réserves, parce qu'il serait nécessaire de pratiquer quelques opérations avec cet instrument pour juger de ses qualités.

M. Audy s'est servi de ces instruments, il pourra donc nous donner des renseignements intéressants au point de vue de la technique particulière de l'extraction à l'aide de ceux-ci.

M. Bernard. — Les daviers nouvellement fabriqués sont entièrement démontables.

M. Roy. — Dans ces conditions l'objection que j'ai faite tout à l'heure n'existe plus, et je reconnais que ces appareils constituent réellement un perfectionnement.

Mais je crois qu'il aurait été préférable que M. Bernard ne nous montre que les derniers modèles.

Il ne reste donc plus à examiner que la question de technique.

M. Barrié. — M. Audy a expérimenté à la clinique ces daviers. Il va nous dire ce qu'il en pense.

M. Audy. — L'objection qu'avait faite M. Roy tout à l'heure tombe d'elle-même devant ces derniers modèles.

Tous ces daviers que vous voyez ici ont en somme donné naissance au dernier modèle. Ils ont servi à établir ces modèles qui sont en somme à peu près définitifs.

La particularité de ce système de davier est surtout de présenter un mors fixe et relativement court, et un mors mobile qui se trouve plus long afin de venir prendre la racine plus bas.

Par ce mouvement qui semble caractériser un peu la pince de homard, on arrive à faire glisser la racine, par de petits mouvements et à la faire monter ou descendre dans les mors du davier, suivant qu'il s'agit d'une dent du haut ou du bas.

Les deux modèles que vous voyez ici sont démontables, ils ont été conçus dans des conditions judicieuses. Les autres modèles ne sont là que pour vous montrer la marche suivie pour la construction de ces instruments.

M. Barrié. — Je dois dire avec M. Audy que nous avons expérimenté ces deux daviers pour des racines inférieures. Nous avons obtenu de bons résultats au point de vue de la pratique de l'extraction d'une racine à laquelle il manquait le bord alvéolaire, côté lingual, cela parce que le mors agissant pénètre très bas.

M. Roy. — Pénètre-t-il sans déchirer la gencive ni le bord alvéolaire.

M. le président. — Il arrive quelquefois qu'on saisit le bord alvéolaire.

M. Roy. — Je serai très heureux d'expérimenter ces instruments : car les critiques que j'avais faites tout à l'heure ne m'empêchent pas de rendre hommage à notre confrère M. Bernard qui a fait preuve dans ses recherches d'une grande persévérance pour arriver à l'élaboration de ces instruments. Cette persévérance est digne d'éloges.

M. le président. — Nous remercions M. Bernard de s'être dérangé de si loin pour venir nous montrer les instruments qu'il a imaginés et qui sont appelés à rendre de grands services.

III. — Une nouvelle canule démontable pour lavages du sinus maxillaire, par M. Boileau.

M. Boileau. — La canule que je présente aujourd'hui est un instrument appelé à rendre de grands services dans le lavage du sinus, une fois la dent ou racine extraite (grosse molaire, le plus souvent dent de 6 ans supérieure) et l'alvéole perforé.

Elle a cela d'entièrement spécial qu'elle peut s'employer à deux fins :

1° Par le dentiste avec la grosse seringue chirurgicale ou le bock ;

2° Par le malade avec le bock simple ou douche d'Esmark. Par l'un ou l'autre moyen on a toute la gamme de pressions que l'on désire.

Sa construction en métal empêche sa fragilité et permet sa substitution à celle de verre. Ceci est surtout apprécié par le malade.

Sa structure en brise-jet empêche la pression brusque quoique constante.

Sa forme inspirée de la canule vaginale avec le trou de l'extrémité en plus permet le lavage de tous les coins ou recoins de la cavité sinusienne. Le jet direct peut être obtenu en quelques secondes en devissant la calotte (ce qui permet une variation de la pression).

Sa démontabilité en trois parties permet son nettoyage minutieux et parfait en peu de temps.

Une fois en bouche, grâce à sa forme en baïonnette, le patient n'est nullement gêné et fatigué, sa bouche étant presque fermée complètement.

Les lavages avec le bock sont très rapides. Le débit est de deux litres en quatre minutes environ, la canule étant montée de façon normale.

Le traitement de la sinusite se fait grâce à cette canule très simplement et très facilement.

IV. — Un nouveau schéma ou fiche dentaire, par M. Boileau.

M. Boileau. — Je vous présente un nouveau système simple de comptabilité dentaire.

En tenant chaque jour un « Agenda journal » où vous inscrivez vos rendez-vous ou vos visites avec le travail effectué, les sommes dues, reçues, d'autre part, en inscrivant à nouveau ces indications sur les fiches dont voici le modèle vous aurez un excellent système de comptabilité très rapide et très pratique, capable de représenter la valeur exacte de votre cabinet.

Au sujet de cette fiche, j'appelle votre attention sur le schéma d'un nouveau modèle de ma composition.

Jusqu'alors aucun schéma ne parlait des racines et des faces, j'ai comblé cette lacune en reproduisant les unes et les autres.

Ces fiches sont installées dans des casiers spéciaux : Pour ceux qui sont amateurs du classement vertical, pour ceux qui aiment le classement horizontal, il existe des classeurs spéciaux dans le commerce.

Avec ces fiches, on supprime les registres encombrants et quand on prend une fiche on n'ouvre pas toute une série de comptes.

De plus votre remplaçant est le cas échéant au courant de votre cabinet en une demi-heure.

Notez tout, c'est votre avantage.

Discussion.

M. Roy. — Au point de vue du schéma, je crois qu'il y aurait avantage à ne pas mettre les cuspides, car sur ce schéma le dessin est un peu trop embrouillé. L'idée de mettre les racines est ingénieuse, cela peut permettre, dans certains cas, de noter des indications à propos de l'état des canaux des racines.

On peut évidemment mettre ces annotations au cours des observations, mais la chose ne complique pas beaucoup le dessin et cela peut rendre des services.

Quant aux cuspides, je crois comme déjà dit que si on les marque, il faudrait les marquer par un simple trait, mais sans ombres.

M. Boileau. — Dans la prochaine édition que je ferai faire de ces cartes, elles seront faites en vert et rouge, cela sera plus net.

M. Roy. — Au point de vue des annotations qui figurent sur les schémas ordinaires, on désigne toujours les dents par des chiffres. Sur le schéma de l'Ecole on désigne les dents temporaires par des chiffres arabes exactement comme on le fait pour les dents permanentes ; pour ma part je ne procède pas ainsi et j'ai l'habitude de désigner les dents temporaires par des chiffres romains et les dents permanentes par des chiffres arabes. Ceci me permet de n'avoir jamais de confusion entre une dent permanente et une dent temporaire dans ma notation.

M. Georges Villain. — Je tiens à féliciter M. Boileau d'avoir placé les racines sur son schéma ; chaque fois que je fais un schéma, j'ai l'habitude de placer les racines, lorsque je les traite. Cela constitue

une grande facilité ultérieurement lorsqu'on a fait l'obturation des canaux. Je fais un simple petit signe vis-à-vis de la racine.

Comme quelquefois on ne fait pas l'obturation de toutes ces racines pour une raison ou pour une autre, il est très bon d'avoir fait figurer les racines sur le schéma, cela permet de noter aisément les indications voulues.

Avec ce système de fiches, on peut également noter le temps qu'on a passé à faire une obturation. Il est quelquefois intéressant de voir si on fait des progrès. Dans notre métier il faut faire le travail beau, très bien et dans le minimum de temps.

A côté de la colonne *temps,* vous avez mis la colonne *nombre.* Pourquoi ?

M. Boileau. — Lorsqu'il y a deux obturations sur la même dent, vous l'indiquez dans cette colonne.

V. — Présentation d'un métal pour blocs et bridges, par M. Paul Jean.

Le métal, ou plutôt l'alliage que je vous présente ce soir, est, comme vous allez le voir, grisâtre ; il est très léger, sa densité est de 2,95, il est très malléable, plus que le cuivre, presque autant que l'argent, on peut même dire autant ; comme ductilité il passe bien après l'or, l'argent, le platine. Il fond à 450°, au lieu de 650 pour l'aluminium ; se solidifiant lentement, il est plus résistant et se comporte beaucoup mieux en bouche.

La raison qui me fait vous le présenter, c'est que dans nombre de bouches dans lesquelles je l'ai essayé, depuis six mois que je l'emploie, je n'ai jamais remarqué le moindre changement, ni comme teinte, ni comme usure : tel il est le premier jour, tel il reste. J'ai placé, dans les premiers jours d'octobre, des inlays que j'ai revus ces jours passés ; ils ont exactement le même aspect que le jour même, c'est-à-dire celui d'un très bon amalgame ; d'ailleurs plusieurs membres du corps enseignant s'y sont laissé prendre au premier abord. MM. Barrié, Miégeville, Thomas et Tzanck pourraient vous dire qu'ils en ont vu en bouche, et que mes dires ne sont pas au-dessous de la vérité.

Quant à la composition de cet alliage, je ne peux pas vous la dire, pour la raison que je ne la connais pas ; ce n'est pas moi qui ai trouvé ce métal et je n'ai fait que l'essayer.

Discussion.

M. Touvet-Fanton. — Je demanderai à M. Paul Jean s'il faut chauffer beaucoup pour couler ce métal qui ressemble beaucoup à l'aluminium. Je lui demanderai aussi s'il a beaucoup d'avantages sur l'aluminium qu'il est très difficile de couler si l'on n'a pas acquis un certain tour de main. Nous coulons au contraire parfaitement cer-

tains autres métaux, comme l'or, par exemple ; tandis qu'avec l'aluminium on n'obtient parfois qu'une coulée à moitié faite. Parfois au contraire, on obtient une coulée qui offre tellement de finesse que si l'on n'a pas pris, comme on doit le faire, la précaution de mettre de la cire derrière la porcelaine, l'aluminium arrive à englober la pièce et l'on a quelque peine à supprimer ce revêtement d'aluminium.

Je demande donc à M. Paul Jean si ce métal offre sur l'aluminium, auquel il ressemble beaucoup par sa légèreté et son aspect, l'avantage d'être coulé plus facilement, je lui demande de nous dire s'il faut, pour le couler, une technique spéciale.

M. Henri Villain. — Je demanderai à M. Paul Jean si ce métal peut être soudé.

M. Paul Jean. — On ne peut pas encore le souder. Il fond par contre à 200° de moins que l'aluminium.

M. Henri Villain. — Est-il d'un prix moins élevé.

M. Paul Jean. — Son prix représente le 18e de celui de l'or. Il n'est pas plus cher que l'argent.

M. Henri Villain. — Quelle est sa densité.

M. Paul Jean. — 2,95.

M. Georges Villain. — Je demanderai à M. Paul Jean s'il a placé des appareils, faits avec ce métal, dans des bouches où il y a de la suppuration ?

M. Paul Jean. — Non, je n'en ai pas eu l'occasion.

M. Georges Villain. — Je vous demanderai alors de le faire. A l'Ecole, vous avez l'occasion de trouver des malades avec des dents présentant des fistules. Il serait bon que vous placiez pendant un certain temps une pièce faite avec votre métal dans le voisinage d'une dent à fistule, afin de voir comment elle se comporte. Ce métal contient assurément beaucoup d'aluminium et vous savez très bien que ce métal s'altère très rapidement dans les bouches présentant de la suppuration.

M. Mendel-Joseph. — Ce métal me paraît réaliser un véritable progrès. Il est très léger et cela est évidemment très appréciable lorsqu'on est obligé de faire de très grandes plaques. Or, nous faisons une bonne ou une mauvaise action selon les cas, en plaçant un appareil en métal d'un poids relativement considérable.

C'est une considération très importante que la légèreté du métal lorsque nous faisons une plaque très grande, mais cependant il me semble qu'il faudrait élucider certains points très importants à propos du métal qui nous est présenté ce soir, à savoir si son maniement est aussi facile que celui de l'or. Jusqu'à présent la question posée par M. Touvet-Fanton n'a pas été solutionnée. Il faut savoir si la couleur du métal n'est point modifiée, s'il est toujours blanc. Il faut ensuite savoir s'il n'est pas altéré par les modifications chimiques qui peuvent se produire dans la bouche.

M. Villain a parlé de suppuration. J'estime que la suppuration est un phénomène qu'il faut chercher à éliminer. Il y a tant de réactions, de modifications chimiques qui se produisent dans la cavité buccale que c'est relativement à ce point qu'il faudrait être fixé, c'est-à-dire qu'il faudrait savoir si, placé dans de telles conditions, le métal se modifie.

M. Paul Jean. — Ce métal se fond aussi bien que l'argent. Il fond aussi beaucoup plus vite. Néanmoins je ne chauffe pas autant. Lorsque le métal est fondu, je laisse refroidir légèrement cylindre et métal, puis je coule normalement.

Quant à la tenue de la couleur du métal dans la bouche, M. Barrié pourra vous répondre lui-même, il a vu effectivement des appareils qui étaient placés dans la bouche depuis près de 3 semaines et dont la teinte n'avait pas changé du tout.

J'essaierai de placer des appareils dans des bouches où il y a de la suppuration et je vous communiquerai le résultat de mes observations.

M. le président. — Je vous dirai, Messieurs, que j'ai vu des inlays dans la bouche de plusieurs patients. Ils étaient parfaits. Je dois dire que leur coloration était parfaite et qu'ils avaient bien l'aspect de ces plaques qui viennent de vous être soumises.

Je crois pour ma part que nous devons fonder des espérances sérieuses sur l'avenir de ce métal.

VI. — Essai d'unification des classifications en orthodontie, par M. G. Villain.

M. Georges Villain fait un rapide résumé du travail qu'il a publié dans *L'Odontologie*. Il procède ensuite aux projections de ses clichés en donnant des explications verbales à propos de chacun d'eux.

M. le président. — Vous vous joindrez, Mesdames et Messieurs à votre président pour remercier très chaleureusement M. Georges Villain de la causerie si intéressante qu'il vient de nous faire sur l'orthodontie.

On procède à la nomination de six délégués au comité d'organisation du Congrès de Lille.

Sont désignés, MM. Choquet, Delair, Francis Jean, Frey, Touchard, Touvet-Fanton.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
Henri Dreyfus.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES DENTISTES PROVINCIAUX ET LA F. D. N.

LETTRE OUVERTE à mes confrères de province en réponse à l'article de notre distingué confrère M. J. Lacroix, de Niort.

Le Mans, 28 mai 1909.

Mes chers confrères,

Dans le nº de mai 1909 du *Bulletin du Syndical des chirurgiens-dentistes de France* nous avons lu un article intitulé « Les Dentistes provinciaux et le Syndicat » sous la signature de M. Lacroix, de Niort.

N'étant pas d'accord avec lui sur bien des points de son article, nous nous permettons de lui répondre dans *L'Odontologie*, organe de « la Maison du Dentiste » et d'exposer notre conception du rôle de la F. D. N. avec les groupements régionaux qui y sont adhérents.

Nos anciens, nos maîtres, les membres du Groupement de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F. ont vu se déchirer de vieilles amitiés auxquelles « du fond du cœur ils sont restés fidèles ». Ils ont vu leurs bons amis se tourner contre eux, les invectiver, parce qu'ils ont toujours respecté l'idéal des anciens : « Relever le niveau moral et intellectuel de l'art dentaire par l'union, par le progrès, par le contrat moral qui les lie à l'odontologie en acceptant les hautes fonctions dans le Groupement professionnel. »

Si les membres du Syndicat arrivaient demain à ces postes périlleux, ils seraient obligés de comprendre que plus l'idéal d'un parti est haut placé, plus son programme de réformes est étendu, plus il a besoin d'ordre dans le Groupement et de discipline dans ses rangs.

Le progrès ne naît pas dans la violence, il se développe dans un milieu sain, dans un milieu stable.

L'harmonie de toutes les activités personnelles est un élément nécessaire à la prospérité d'un groupement, et si cette harmonie ne s'était pas maintenue dans celui de l'E. D. P. et de l'A. G. D. F., la réforme des études dentaires serait encore à l'état d'embryon.

Dans le combat pour le droit, l'histoire l'atteste, ce sont les collectivités qui, spécialement formées des êtres les plus humbles, ont lentement, il est vrai, mais avec une influence grandissante, par une admirable *loi d'accord*, développé chez elles d'irrésistibles puissances et inspiré la législation.

Cette dernière, dans l'édification d'un droit équitable pour les luttes sociales, ne considère plus l'individu, mais les intérêts de la société et de l'État.

De ces quelques préliminaires il résulte qu'aujourd'hui, plus que jamais, nous devons nous rappeler l'important principe de notre centralisation politique et nous faisons ici appel à toutes les bonnes volontés pour opposer à la cohésion stomatologique la cohésion odontologique.

Examinons un peu les voies et moyens.

Aucun ordre réel ne peut s'établir, ni surtout durer s'il n'est pleinement compatible avec le progrès ; aucun grand progrès ne peut effectivement s'accomplir s'il ne tend finalement à l'évidente consolidation de l'ordre.

Tous les journaux professionnels (odontologistes) ont chanté victoire après la lecture du décret du 11 janvier 1909 ; il y a lieu d'espérer que bientôt disparaîtra le vice principal de notre situation sociale, qui consiste en ce que les idées d'ordre, les idées de progrès semblent profondément séparées et même antipathiques.

L'histoire nous prouve que l'accord entre individus qui, isolés, seraient une proie facile contribue à leur sauvegarde.

Par principe, nous sommes convaincu que, surtout en politique professionnelle, toute mauvaise intention est éminemment exceptionnelle. Chaque parti renferme sans doute un petit nombre d'ambitieux qui, « souvent dénués de toute vraie conviction personnelle, ne se » proposent d'autre but essentiel que d'exploiter la foi commune au » profit de leur propre élévation » ; ceux-là il faut savoir les blâmer et même les flétrir au besoin.

Nous pouvons dire que les réformes qui viennent d'être apportées à l'art dentaire constituent une doctrine rationnellement conçue, pour que dans l'ensemble de son développement actif, elle puisse toujours être conséquente avec ses propres principes.

Cette réorganisation intellectuelle doit principalement consister à rétablir enfin, dans le système profondément troublé des diverses conceptions de nos confrères, une harmonie réelle et durable à quelque groupement professionnel qu'ils appartiennent.

Une exacte homogénéité de principes est indispensable à toute organisation vraiment organique.

Aucune association, fût-elle limitée à un très petit nombre d'individus, ne saurait subsister sans un certain degré de confiance réciproque, à la fois intellectuelle et morale entre ses membres.

Les indifférents, les neutres dans notre profession, et ils sont nombreux, trop nombreux même, laissent, par leur indifférence, par leur neutralité, toute latitude aux groupements professionnels d'exercer une influence morale qui peut être désastreuse, si dans celle-ci prédominent les instincts d'égoïsme et de corruption. La vaine opposition des groupements n'est pas moins pernicieuse, car elle tend à détourner la profession d'une organisation finale.

Nous devons appliquer une cohérence logique dans l'ensemble

de nos revendications, lier intimement le point de vue pratique au point de vue scientifique ; notre organisation professionnelle, notre enseignement prendront ainsi un caractère homogène et rationnel qui semble aujourd'hui impossible à quelques-uns de nos confrères.

Nous poursuivons une grande idée collective, généreuse et sociale où l'individu s'oublie constamment en pensant à la masse et qui nous apparaît comme le plus grand devoir du citoyen.

Les rares confrères qui écrivent et font de la politique professionnelle sont tenus de se soumettre à de sévères obligations de sincérité, de courtoisie, parce que bon nombre de dentistes entendent ou lisent ce qu'ils écrivent dans le sens exact que leur donne la langue et ne se livrent point à une interprétation symbolique.

Il est une politique qui consiste à hésiter, à subir des influences contradictoires, à se laisser conduire par les événements, nous n'en voulons pas : nous voulons une politique franche, loyale et ferme.

Nous ne voulons, nous, odontologistes, porter atteinte aux intérêts de personnes, mais nous sommes fondés à prétendre que notre situation chez nous soit sauvegardée et même fortifiée.

C'est à la F. D. N., cette grande famille dentaire française (pour me servir de l'expression de mon ami M. d'Argent) qui est aujourd'hui le Groupement le plus autorisé tant par le nombre que par la valeur de ses adhérents (délégués des sociétés professionnelles), qu'incombe le soin de centraliser tous les desiderata professionnels.

Si la Fédération des syndicats dentaires correspondait officiellement avec la F. D. I., elle aurait sa raison d'être, mais je ne crois pas que, jusqu'à présent, elle ait jamais eu aucun rapport avec la F. D. I.

Nous voyons, au contraire, la F. D. N. chargée par la F. D. I. de centraliser toutes les adhésions au Congrès dentaire international de Berlin, de nommer des membres honoraires dans les sections, de nommer un comité chargé de représenter la France au Congrès international de Berlin.

Pour ces motifs, nous considérons la Fédération des syndicats de France *comme un petit Etat dans l'Etat odontologique.*

Nous comptons sur l'activité et le caractère indépendant de notre président et ami M. Francis Jean, sur les membres du bureau de la F. D. N. pour arriver à donner une homogénéité de principes, une confiance réciproque, à la fois intellectuelle et morale, à tous les membres de la profession, conditions indispensables à toute organisation vraiment organique. Nous pensons même être entendu de quelques groupements dissidents.

A la politique de haine substituons une politique d'apaisement, d'union et de réconciliation. Il y a toujours une heure où ceux qui se sont battus ont envie de se réconcilier. Songeons-y et tempérons de bonne grâce tous nos dissentiments.

L'effort personnel n'est rien ou peu de chose, l'effort de l'ensemble est en réalité presque tout. Travaillons tous pour la cause odontologique et n'oublions jamais la devise de nos anciens : *Union-Progrès.*

Nous prions nos confrères de la province de lire avec attention notre projet de groupements régionaux ci-après ; ils pourront se rendre compte que nous voulons pour eux la plus complète autonomie, tout en conservant leur liberté d'action vis-à-vis de la F. D. N. en y envoyant leurs délégués chaque année.

Notre idéal est de placer au-dessus de l'individu isolé le Groupement régional et au-dessus de ce dernier la F. D. N., seule garantie des individus et des groupements, concentrant ainsi dans un faisceau uni, serré, tous les dentistes de France.

Nous voulons assurer aux groupements régionaux la possession des choses, leur administration, la gestion de leurs intérêts matériels.

Cette rénovation si désirable protégera tous nos confrères dans leurs revendications, dans leur conception de l'éducation morale et intellectuelle à donner au futur dentiste et des devoirs de tous envers la Société et l'Etat.

Groupement dentaire régional.

Bureau.

MM. N. *président;* N. N. *vice-présidents;* N. *secrétaire;* N. *trésorier;* N. N. *délégués à la F. D. N.*

But. — 1° Assurer l'honorabilité des professionnels exerçant l'art dentaire en France ;

2° Etablir entre les membres des différents groupements des liens de confraternité, d'assistance au besoin ;

3° Exercer une action efficace à l'encontre de ceux qui pratiquent illégalement l'art dentaire ;

4° Former un faisceau odontologique qui groupe tous ceux qui exercent honorablement l'odontologie et qui ne sont séparés les uns des autres que par des questions secondaires qui devraient être indifférentes ou par des questions d'étiquette.

Organisation. — Dans une organisation de Groupements régionaux, ces groupements, à qui nous voulons donner les pouvoirs les plus étendus, doivent être la représentation la plus autorisée dans chaque région, en un mot composés de membres que leurs confrères de cette région reconnaissent comme les plus dignes, les plus aptes à apporter à la F. D. N. le concours que nous attendons.

Nous voulons des groupements importants, exempts de préjugés individuels et jouissant d'une autorité qu'on ne reconnaît qu'à une collectivité d'hommes instruits, aimant la profession et capables de rendre des services à la Société et à l'Etat.

Nous voulons des comités régionaux reconnus tels par tous les dentistes de France. Nous voulons aussi que la décision des groupements émane d'une autorité indiscutable.

Nous voulons qu'aucun de nos confrères n'ignore la grande circonspection qui doit présider à la formation d'un groupement régional, soit par le recrutement des adhérents, soit par les précautions à prendre par les organisateurs.

Nous voulons que, dans toute la France, la F. D. N. représente bien l'odontologie, qu'elle arrive à recruter toutes les bonnes volontés et celles-ci, tout en nous apportant un concours utile, sauvegarderont leurs intérêts professionnels les plus chers.

Tous les groupements régionaux étant constitués et tous ralliés à la F. D. N., les programmes de cette dernière, l'orientation professionnelle permettront d'espérer une cohésion odontologique luttant sans trève ni merci contre la cohésion stomatologique. Nous espérons aussi que le concours des circonstances, l'estime, l'amitié, l'uniformité des vues et des sentiments formeront entre tous les odontologistes une union indissoluble.

Indications pour l'avenir : 1° Démontrer à nos confrères qu'ils ont le devoir et le pouvoir de donner des soins dentaires une branche de l'hygiène populaire. Ils auront beaucoup gagné une fois que l'Etat et la commune les soutiendront et aideront les tendances dentaires autant qu'il sera possible et nécessaire. La formation en groupements leur donne des moyens d'action qui leur manqueraient s'ils agissaient isolément ;

2° Combattre le charlatanisme sous toutes ses formes ;

3° Faire connaître aux tribunaux des arbitres qui leur présenteront un rapport écrit sur les différends qui leur auront été soumis ;

4° Faire connaître aux pouvoirs publics (Préfet ou Inspecteur d'Académie) notre utilité dans la création de services dentaires dans les établissements scolaires et dans tous ceux où l'Etat assure le service médical ;

5° Eviter dans chaque groupement les polémiques violentes. Ces dernières, au lieu de resserrer les liens de bonne confraternité, troublent l'harmonie qui doit régner dans les groupements.

Nous terminons en faisant appel à la courtoisie, à l'amabilité de tous nos confrères pour se grouper dans chaque région.

Nous serons heureux de recevoir des critiques sur notre article, cela nous permettra de les centraliser et les exposer dans une prochaine réunion soit de l'A. G. D. F., soit de la F. D. N.

La solidarité n'accorde ses sympathies qu'à ceux qui la servent. Elle soutient une idée et non des individus.

P. MONNIN,

Vice-président de l'A. G. D. F., délégué à la F. D. N.

NÉCROLOGIE

Dr Bourneville.

On annonce la mort du Dr Bourneville, médecin de Bicêtre, ancien député de la Seine, directeur du *Progrès médical,* membre du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, dont il avait présidé en 1887 la séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Session d'examens de chirurgiens-dentistes.

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste aura lieu aux dates ci-après à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy : 1° lundi 5 juillet ; 2° mercredi 7 juillet ; 3° vendredi 9 juillet.

Les consignations seront reçues jusqu'au jeudi 1er juillet, 4 heures.

Les droits à verser sont :

Immatriculation et bibliothèque...............	30.25
1er examen................................	55
2e —	50
3e —	150

Les dossiers de scolarité devront parvenir le jeudi 1er juillet, dernier délai, et par voie administrative.

Ecole dentaire de Paris.

Par décision du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris en date du 8 juin 1909, M. Maurice Roy a été nommé membre de ce Conseil, conformément à l'article 3 des statuts, en remplacement de M. Sauvez, dont la démission a été acceptée.

Nomination.

Par arrêté du maire de Saint-Germain-en-Laye en date du 19 mai dernier, notre confrère M. Isnard, membre de l'Association générale, a été nommé dentiste du Collège de jeunes filles de cette ville.

D. D. S. Français.

Nous avons le plaisir d'apprendre que MM. Jean Cottard et Hippolyte Dumont D. E. D. P., D. F. M. P., ont été gradués D. D. S. du Collège de chirurgie dentaire de Chicago et que MM. Adolphe Zimmermann, L. Solas, Gick, D. E. D. P., ont été gradués D. D. S. de la section dentaire de l'Université de Pensylvanie.

Nous leur adressons nos félicitations.

5e Congrès dentaire International.

Berlin, 23 au 28 août 1909.

Le Comité d'organisation nous informe que les règlements du Congrès permettent aux praticiens qui n'ont pas le diplôme de leur résidence de participer au Congrès comme membres extraordinaires. Il acceptera volontiers les adhésions des praticiens qui sont dans ce cas, pourvu qu'il n'y ait pas de protestations bien fondées de la part des confrères allemands de la même localité.

Ces praticiens sont priés d'adresser leurs adhésions au secrétaire général du Congrès, M. Schäffer-Stückert, 29 Kettenhofweg, Francfort-sur-le-Main (Allemagne).

* * *

Le Comité d'organisation vient d'aviser notre directeur M. Godon de sa nomination de président d'honneur du Congrès.

Distinctions honorifiques.

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère et collaborateur M. Vincenzo Guerini, de Naples, a été nommé officier de l'Instruction publique par arrêté ministériel du 15 mars dernier.

Nous adressons les plus vives félicitations à M. Guerini pour cette distinction si justement méritée.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

1er semestre 1909.

D

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

FAITS CLINIQUES

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)

GROUPEMENT DE L'E. D. P. ET DE L'A. G. D. F.

HYGIÈNE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NÉCROLOGIE

NOTES THÉRAPEUTIQUES

NOTES PRATIQUES

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

Société d'Odontologie de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRIBUNE OUVERTE

NOMS D'AUTEURS [1]

---

1. Les noms en italique indiquent les orateurs qui ont pris part aux discussions.